

DOMANDA
per l'assegnazione di incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza
primaria ad attività oraria presso le Aziende USL della Regione Emilia-Romagna –
art.34, comma 17 dell'Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.) per la Medicina
Generale 28 aprile 2022

PROCEDURA SISAC - ANNO 2024

AZIENDA USL di Imola
Dipartimento Cure Primarie
Viale Amendola, 8
40026 – I M O L A
tramite pec:
cureprimarie@pec.ausl.imola.bo.it

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____
(Cognome e Nome)
nato/a a _____ prov. _____ Il _____
residente a _____ prov. _____
Via _____ n. _____ CAP _____
Tel. _____ Cell. _____
M F Codice Fiscale _____
email _____
PEC (intestata al medico che presenta la domanda) _____

FA DOMANDA

ai sensi dell'art.34, comma 17, dell'Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.) per la Medicina
Generale 28 aprile 2022, per l'assegnazione degli incarichi vacanti in quanto:

[BARRARE LA CASELLA INTERESSATA]

inserito in graduatoria di altra Regione valida per l'anno 2024

in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale

per l'assegnazione degli incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria nei seguenti incarichi vacanti, pubblicati nel BUR della Regione Emilia-Romagna - parte terza - n. 98 del 29 marzo 2024 e rimasti carenti a seguito delle procedure di assegnazione svolte, a seguito di specifica comunicazione alla SISAC (art.34, comma 17, dell'Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.) per la Medicina Generale 28 aprile 2022):

(di fianco a n. indicare il codice del Distretto o dell'ambito, ove presente)

ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....
ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/2000 e s.m.i. (dichiarazione sostitutiva di certificazione), consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 e s.m.i.

DICHIARA

- di ESSERE RESIDENTE nel Comune di _____ prov. _____ dal ___/___/___
- di NON ESSERE ATTUALMENTE CONVENZIONATO a tempo indeterminato quale medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria (ex Continuità Assistenziale)
- di AVER CONSEGUITO il diploma di LAUREA in Medicina e Chirurgia presso l'Università di _____ il ___/___/___ con voto ___/___ (specificare se il voto di laurea è espresso in 100 o 110)
- di ESSERE ATTUALMENTE ISCRITTO all'Ordine dei Medici di _____ dal ___/___/___
- di ESSERE INSERITO nella GRADUATORIA della REGIONE _____ valevole per l'anno 2024 con punti _____

(da compilare da parte dei dai candidati inseriti in graduatoria di altra Regione in corso di validità)

- di ESSERE IN POSSESSO del TITOLO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE di cui al D.Lgs. n. 368/99 e smi, conseguito presso la Regione _____ in data ____/____/____

(da compilare da parte dei dai candidati che presentano la domanda in quanto in possesso del solo titolo di formazione specifica in medicina generale);

DICHIARA INOLTRE

di essere a conoscenza che:

- la procedura di assegnazione degli incarichi vacanti avverrà il giorno **28 ottobre 2024** presso la Regione Emilia-Romagna, viale Aldo Moro, 21 – BOLOGNA – Sala n.108 (1° piano)
- contestualmente alla pubblicazione della graduatoria nel sito dell'AUSL di Imola, verranno pubblicate le modalità di scaglionamento orario di convocazione
- nessuna comunicazione ulteriore verrà inviata ai fini della convocazione.

Data _____

Firma per esteso

In luogo dell'autenticazione della firma, allegare fotocopia semplice di un documento di identità.