

**Marca da bollo
Euro 16,00**

Allegato C

RACCOMANDATA A.R.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI VACANTI DI
ASSISTENZA PRIMARIA

**(medici che hanno acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale
successivamente al 31.01.2018 – come specificato al punto c) dell'Allegato n.1)**

Azienda USL di Imola
Dipartimento Cure Primarie
Viale Amendola, 2
40026 IMOLA

Il/la sottoscritto/a Dr.....

nato/a a.....il.....

residente a.....prov.....Via.....

CAP.....tel..... cell.....

e-mail:

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art.6, comma 25, dell'ACN per la medicina generale 21.06.2018 per l'assegnazione degli ulteriori ambiti territoriali vacanti di assistenza primaria anno 2019 pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n..... del 2019, come di seguito indicato:

(riportare il codice tra parentesi che identifica gli ambiti carenti)

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

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

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

n..... n..... n..... n..... n..... n..... n..... n..... n..... n.....
n..... n..... n..... n..... n..... n..... n..... n..... n..... n.....
n..... n..... n..... n..... n..... n..... n..... n..... n..... n.....

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

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

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

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

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

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art.76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000:

DICHIARA

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di..... in data..... con voto.....;
(specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110)
2. di essere iscritto all'Ordine dei Medici di.....;

3. di aver acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente al 31.01.2018 presso la Regionein data.....
4. di essere residente nel Comune di..... prov..... dal.....

DICHIARA INOLTRE

- di essere a conoscenza che la procedura di assegnazione degli ambiti territoriali vacanti avverrà il giorno **MARTEDI' 11 FEBBRAIO 2020 alle ore 15,30** presso la Regione Emilia-Romagna, SALA CONFERENZE "A" – PIANO AMMEZZATO – viale della Fiera, 8 (Terza torre) – BOLOGNA secondo le modalità indicate nell'avviso e che nessuna comunicazione ulteriore verrà inviata ai fini della convocazione;

L'atto sostitutivo di notorietà per l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità (Allegato L all'ACN per la medicina generale) è rimandato al momento dell'eventuale assegnazione di incarico.

Chiede che ogni eventuale comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo:

.....
.....

Data

Firma

.....

.....

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art.38 del DPR 445/00).