

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITÀ
ASSISTENZIALE AI SENSI DELL'ART. 6, COMMA 15 DELL'ACN 21.06.2018, CHE
SOSTITUISCE L'ACN 23/03/2005 E S.M.I.**

ANNO 2019 - SECONDA PARTE

RACCOMANDATA A/R

Applicare qui la
MARCA DA BOLLO
(€ 16,00) secondo le vigenti
disposizioni in materia

AZIENDA USL di Imola
Dipartimento Cure Primarie
Viale Amendola, 8
40026 – IMOLA

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. 6, comma 15 dell'A.C.N. per la Medicina Generale 21.06.2018, che sostituisce
l'art.63 ACN 23.05.2005 e s.m.i., per l'assegnazione degli incarichi vacanti in quanto:

[BARRARE LA CASELLA INTERESSATA]

- ☐ **inserito in graduatoria di altra Regione valida per l'anno 2019** (art. 6, comma 15 A.C.N.
21.06.2018, che sostituisce l'art.63 ACN 23.05.2005 e s.m.i.)

- ☐ **in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale** (art. 6, comma 15 A.C.N. 21.06.2018, che sostituisce l'art.63 ACN 23.05.2005 e s.m.i.)

per l'assegnazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale, pubblicati nel BUR della Regione Emilia-Romagna n. 348 del 30 ottobre 2019 e rimasti vacanti a seguito delle procedure di assegnazione svolte, come da elenco presente nel sito della Regione Emilia-Romagna (<https://www.ausl.imola.bo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/9812>) a seguito di specifica comunicazione alla SISAC (art. 6, comma 15 A.C.N. 21.06.2018, che sostituisce l'art.63 ACN 23.05.2005 e s.m.i.):

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

[BARRARE LE CASELLE INTERESSATE]

- ☐ di ESSERE RESIDENTE nel Comune di _____ prov. ____ dal ____/____/____
- ☐ di NON ESSERE ATTUALMENTE CONVENZIONATO a tempo indeterminato la 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 _____ -settore
Continuità Assistenziale valevole per l'anno 2019 con
punti _____

(da compilare 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 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 MARTEDI' 28 APRILE 2020 alle ore 14,30 presso la Regione Emilia-Romagna, viale
Aldo Moro, 21 – BOLOGNA - Sala n.315/C (3° piano) secondo le modalità indicate
nell'avviso e che 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.*