

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI  
EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**

**2° semestre anno 2021**

**(medici di cui all'art. 1 commi 272 e 273 della Legge n.234 del 30.12.2021)**

Azienda USL di Imola  
Dipartimento Cure Primarie  
Pec: cureprimarie@pec.ausl.imola.bo.it

Il sottoscritto Dr.....  
nato/a a.....il.....  
residente a.....prov.....Via.....n.....  
CAP..... tel.....cell.....  
e-mail: .....PEC.....

**FA DOMANDA**

secondo quanto previsto dai commi 272 e 273 dell'art. 1 della Legge n.234 del 30.12.2021 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024) - per l'assegnazione degli incarichi vacanti per l'emergenza sanitaria territoriale pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n. 306 del 26 ottobre 2021, come di seguito indicato:

***(riportare il codice tra parentesi che identifica gli incarichi vacanti)***

ASL di..... 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 445/00:

**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 essere attualmente in servizio presso la struttura del sistema di emergenza – urgenza territoriale 118 della Azienda U.S.L. di..... in qualità di.....(indicare la natura del rapporto di lavoro), a decorrere dal.....

4) di aver maturato un'anzianità lavorativa di almeno trentasei mesi, anche non continuativi, effettuati negli ultimi dieci anni, nei servizi di emergenza-urgenza 118 con **incarico convenzionale** a tempo determinato nelle seguenti Aziende e periodi:

Azienda U.S.L. di ..... Regione..... dal..... al.....

4) di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione previsto dall'96 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 23.03.2005 e s.m.i., conseguito presso l'ASL di.....

Regione.....in data.....

***N.B.: la mancata compilazione di questo punto comporta l'esclusione dalla graduatoria***

5) di essere residente nel Comune di.....prov..... dal.....

### DICHIARA INOLTRE

- di essere a conoscenza che la procedura di assegnazione degli incarichi vacanti avverrà il giorno **MERCOLEDI' 30 MARZO 2022** - presso la Regione Emilia-Romagna – Assessorato alla Salute - viale A. Moro, 21 – BOLOGNA;
- di essere a conoscenza che, in funzione dell'attuale situazione emergenziale legata alla diffusione del Covid-19, al fine di evitare assembramenti, contestualmente alla pubblicazione della graduatoria, sul sito internet dell'AUSL di Imola ([www.ausl.imola.bo.it](http://www.ausl.imola.bo.it)) verranno pubblicate le **modalità di scaglionamento orario di convocazione**;
- di essere a conoscenza che gli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale relativi al 2° semestre 2021, così come individuati dalle Aziende USL della Regione Emilia-Romagna, a cui fare riferimento per la presentazione della presente domanda, sono stati pubblicati sul BUR - parte terza - n.306 del 26 ottobre 2021.

*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.*

Data

Firma

.....

.....

N.B. Alla domanda devono essere allegati:

1) fotocopia di un documento di identità in corso di validità

2) modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta di bollo dovuta per la presentazione di istanze alla pubblica amministrazione