

**Marca da bollo**  
**Euro 16,00**

**Allegato B**

RACCOMANDATA A.R.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI  
CONTINUITÀ ASSISTENZIALE  
(per graduatoria)**

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

Il sottoscritto Dr.....nato a.....il.....

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

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

e-mail: .....

iscritto nella **graduatoria regionale per la medicina generale – settore di continuità assistenziale - valevole per l'anno 2014** (pubblicata nel BUR n. 20 – parte terza – del 22 gennaio 2014)

**FA DOMANDA**

secondo quanto previsto dall'art.63 comma 2, lett.b) dell'ACN per la medicina generale, per l'assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n..... del ..... 2014, come di seguito indicato:

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

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

- 2) di essere iscritto nella graduatoria regionale – settore di continuità assistenziale - valevole per il 2014 con punti.....
- 3) di essere residente nel Comune di.....prov.....dal.....a tutt'oggi (1)  
(giorno/mese/anno)
- 4) precedenti residenze:  
dal.....al.....Comune di.....prov.....  
dal.....al.....Comune di.....prov.....  
dal.....al.....Comune di.....prov.....  
dal.....al.....Comune di.....prov.....
- 5) di essere in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale conseguito presso la Regione.....in data.....(2)

#### DICHIARA INOLTRE

- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale.

Il sottoscritto chiede di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato (barcare una sola casella; in caso di barratura di entrambe o in mancanza di indicazione della riserva prescelta la domanda non sarà valutata):

- riserva per i medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale – (2)  
 riserva per i medici in possesso di titolo equipollente.

*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.*

**- di essere a conoscenza che la procedura di assegnazione degli incarichi vacanti avverrà il giorno 22 gennaio 2015 presso la Regione Emilia-Romagna, SALA CONFERENZE "A" – PIANO AMMEZZATO – viale della Fiera, 8 (Terza torre) – BOLOGNA (procedura per trasferimento: ore 14,00 e procedura per graduatoria: ore 14,30) secondo le modalità indicate nell'avviso e che nessuna comunicazione ulteriore verrà inviata ai fini della convocazione**

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

.....

Data

Firma (3)

.....

- (1)** - La residenza deve essere dichiarata almeno a decorrere dal 31.01.2011. La mancata indicazione nella domanda dei dati relativi alla residenza, comporta la non assegnazione dei punteggi aggiuntivi, previsti dall'art.63, comma 4, dell'ACN per la medicina generale.
- (2)** - I medici inseriti in graduatoria che hanno conseguito l'attestato di formazione specifica in medicina generale dopo il 31.01.2013 devono allegare copia del titolo, con dichiarazione che lo stesso è conforme all'originale, al fine di partecipare alla riserva di assegnazione e per l'attribuzione del relativo punteggio.
- (3)** - 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.