

Bollo
€ 16,00

ALLEGATO A - A.P.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI VACANTI DI
ASSISTENZA PRIMARIA
(per trasferimento)

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI _____

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

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

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

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

P.e.c. _____ (obbligatoria e leggibile)

titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art.5, comma 1, dell'ACN per la medicina generale 21.06.2018 - che richiama l'art.34, comma 5, lett.a) dell'ACN per la medicina generale 23.03.2005 e s.m.i. - per l'assegnazione degli ambiti territoriali vacanti di assistenza primaria pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n..... del 2019, come di seguito indicato:

(riportare gli ambiti carenti d'interesse ai fini dell'assegnazione)

- ASP DI _____ TUTTI
- ASP DI _____ AMBITO _____

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)

di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____

2. di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria presso l'Azienda

di.....ambito
territoriale.....della

Regione.....dal.....(1)

(indicare di seguito gli eventuali periodi di sospensione dall'incarico di cui all'art.18, comma 1 ACN vigente):

3. di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato nella assistenza primaria:(1)

dal.....al.....presso ASL.....Regione.....

dal.....al.....presso ASL.....Regione.....

dal.....al.....presso ASL.....Regione.....

dal.....al.....presso ASL.....Regione.....

(indicare di seguito gli eventuali periodi di sospensione dall'incarico di cui all'art.18, comma 1 ACN 23.03.2005 e s.m.i. vigenti):

4. di svolgere/non svolgere altra attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale (in caso affermativo specificare il tipo di attività.._____)

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

DICHIARA INOLTRE

- di essere a conoscenza che la procedura di assegnazione degli incarichi vacanti avverrà previo avviso da parte dell'ASP agli interessati, tramite posta certificata.
- di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016.

Chiede che ogni eventuale comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo P.E.C.

Data _____

Firma (2) _____

- (1) - Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità delle dichiarazioni, si invita il medico a trasmettere copia fotostatica del /i certificato/i di servizio di cui eventualmente sia già in possesso;
- (2) - 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).