

Bollo
€ 16,00

Allegato C - A.P.

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**

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)

FA DOMANDA

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.c) dell'ACN per la medicina generale 23.3.2005 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 territoriale _____
- ASP DI _____ ambito territoriale _____
- ASP DI _____ ambito territoriale _____
- ASP DI _____ ambito territoriale _____
- ASP DI _____ ambito territoriale _____
- ASP DI _____ ambito territoriale _____

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

4. presso la Regionein data.....

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

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.

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:

.P.e.c. _____..

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).