

**Bollo  
€ 16,00**

**Allegato D - A.P.**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI VACANTI DI  
ASSISTENZA PRIMARIA  
(medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale)**

**(possono partecipare all'assegnazione di tali incarichi solo i medici iscritti ai corsi di formazione  
specifica in medicina generale istituiti presso la Regione Calabria )**

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'articolo 9, comma 1, del Decreto Legge n.135/2018, convertito con la Legge n.12/2019, per l'assegnazione degli ambiti territoriali vacanti di assistenza primaria della Regione Calabria, pubblicati nel Bollettino Ufficiale della 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 di..... in data ..... con voto .....;  
(specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110)
2. di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale, conseguita in data ..... o  
nella sessione n. .... dell'anno ....., presso l'Università di .....
3. di essere iscritto/a all'Albo Professionale dell'Ordine dei Medici della Provincia di .....,  
dal .....
4. di frequentare  
 il primo anno  
 il secondo anno  
 il terzo anno  
del corso di formazione specifica in medicina generale relativo al triennio ...../..... presso  
la Regione....., iniziato in data.....
5. di essere residente nel Comune di..... prov. .... dal.....

## DICHIARA INOLTRE

-di essere a conoscenza che la l'assegnazione degli incarichi richiesti con la presente domanda avrà seguito solo qualora, espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 5 dell'A.C.N. 21.06.2018, comprese le procedure di cui al comma 17 dello stesso articolo, uno o più incarichi rimangano vacanti.

-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 Pec:

\_\_\_\_\_.

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).