

Marca da bollo
€ 16,00

Allegato A – C.A.

RACCOMANDATA A.R.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI
CONTINUITA' ASSISTENZIALE
(per trasferimento)**

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
DI _____

Dr.....nato a.....il..... residente

a.....prov.....Via..... CAP.....

tel..... cell.....p.e.c. _____ (leggibile e obbligatoria)

titolare di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale **FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO** secondo quanto previsto dall'art.6, comma 1, dell'ACN per la medicina generale 21.06.2018 - che richiama l'art.63, comma 3, lett. a) dell'ACN per la medicina generale 23.3.2005 e s.m.i. - per l'assegnazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n..... del..... 2019, come di seguito indicato:

(Indicare le postazioni di continuità assistenziale d'interesse)

- TUTTE
- POSTAZIONE DI _____
- POSTAZIONE DI _____
- POSTAZIONE DI _____
- POSTAZIONE DI _____
- POSTAZIONE DI _____
- POSTAZIONE DI _____

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art.76 del DPR 445/00, ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 445/00:

DICHIARA

a) 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).

b) di essere iscritto all'ordine dei Medici di.....

c) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale presso l'Azienda USL

di.....della Regione.....

dal.....(1) (detratti i periodi di eventuale cessazione dall'incarico ed i periodi di sospensione di cui all'art.18, comma 1 ACN vigente);

d) di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato nella continuità assistenziale:

(1)

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

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

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

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

(detratti i periodi di eventuale cessazione dall'incarico ed i periodi di sospensione di cui all'art.18, comma 1 ACN vigente);

e) di svolgere/non svolgere altra attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, eccezion fatta per incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria con un carico di assistiti inferiore a 650 (in caso affermativo indicare l'Azienda Sanitaria di).

- 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.

L'atto sostitutivo 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).

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

P.e.c. _____

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).