

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI  
EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE  
(per trasferimento)**

**RACCOMANDATA A.R.**



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
DI CROTONE  
Via M. Nicoletta  
88900 CROTONE

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 di emergenza sanitaria territoriale

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

secondo quanto previsto dall'art.7, comma 1, dell'ACN per la medicina generale 21.06.2018 - che richiama l'art.92, comma 6, lett.a) dell'ACN per la medicina generale 23.3.2005 e s.m.i.- per l'assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati nel Bollettino

Ufficiale della Regione Calabria n..... del..... 2019, come di seguito indicato:

**(Indicare le postazioni d'interesse ai fini dell'assegnazione dell'incarico)**

- TUTTE
- POSTAZIONE P.E.T. DI \_\_\_\_\_
- CENTRALE OPERATIVA \_\_\_\_\_

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 emergenza sanitaria territoriale presso l'Azienda USL di.....della Regione.....

dal.....(1)

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

.....  
.....  
.....

d) di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato nell'emergenza sanitaria territoriale:(1)

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

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

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

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

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

.....  
.....  
.....

e) di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo determinato nell'emergenza sanitaria territoriale:(1)

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

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

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

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

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

.....  
.....  
.....  
.....

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).

DICHIARA INOLTRE

di essere a conoscenza che la procedura di assegnazione degli incarichi vacanti avverrà previo avviso agli interessati, da parte dell'ASP di Crotona tramite posta certificata.

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

---

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).