

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI
EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

**(medici che hanno acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale
successivamente al 31.01.2018 – come specificato all'art. 92, comma 6 punto c)**

**Marca da Bollo
€ 16,00**

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
DI CROTONE
Via M. Nicoletta
88900 CROTONE

Il sottoscritto Dr.....
nato/a a.....il.....
residente a.....prov.....Via.....n.....
CAP..... tel.....cell.....
P.e.c.: _____ (leggibile e obbligatoria)

FA DOMANDA

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. c) dell'ACN per la medicina generale 23.3.2005 e s.m.i. -per l'assegnazione degli incarichi vacanti per l'emergenza sanitaria territoriale pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n..... del 2019, come di seguito indicato:

(Indicare le postazioni di E.S.T. 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 445/2000, 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)

2) di essere iscritto all'Ordine dei Medici di
di aver acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente al 31.01.2018 presso la Regione..... in data.....

4) di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione previsto dall'96 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 23.03.2005 e s.m.i., conseguito presso l'ASL di.....

Regione.....in data.....

N.B.: la mancata compilazione di questo punto comporta l'esclusione dalla graduatoria

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 agli interessati, da parte dell'ASP di Crotona 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:

Pe.c.....

Data

Firma

.....

.....