

**Marca da bollo
Euro 14,62**

Allegato A

RACCOMANDATA A.R.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI
ASSISTENZA PRIMARIA
(per trasferimento)**

Azienda USL di Imola
Dipartimento Cure Primarie
Viale Amendola ,2
40026 IMOLA

Il sottoscritto Dr.....nato a.....il.....

Residente a.....prov.....Via.....n.....

CAP.....tel.....cell.....

titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art.34, comma 2,lett.a) dell'ACN per la medicina generale per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n.155 del 19 ottobre 2011, come di seguito indicato:

(riportare il numero che identifica gli ambiti carenti)

ASL di.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

ASL di.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

ASL di.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

ASL di.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

ASL di.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

ASL di.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

ASL di.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

ASL di.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

ASL di.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

ASL di.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

ASL di.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

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.....;
2. di essere iscritto all'Ordine dei Medici di.....;
3. di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria presso l'Azienda USL di.....ambito territoriale.....della Regione.....dal.....(1) (detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico);
4. di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato nella assistenza primaria:(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 sospensione dall'incarico)
5. di svolgere/non svolgere altra attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale (in caso affermativo specificare il tipo di attività.....)

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 che ogni comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo:

.....

Data

Firma (2)

.....

.....

- (1) - Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità delle dichiarazioni, si invita il medico a trasmettere una copia fotostatica, anche non autenticata, del /i certificato/i di servizio di cui sia 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).

**Marca da bollo
Euro 14,62**

Allegato B

RACCOMANDATA A.R.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI
ASSISTENZA PRIMARIA
(per graduatoria)**

Azienda USL di Imola
Dipartimento Cure Primarie
Viale Amendola ,2
40026 IMOLA

Il sottoscritto Dr..... nato a.....il.....

Residente a.....prov.....Via.....n.....

CAP.....tel.....cell.....

inserito nella graduatoria regionale per la medicina generale – settore di assistenza primaria – valevole per l'anno 2011 (pubblicata nel BUR n. 5 - parte terza – del 14 gennaio 2011)

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art.34, comma 2,lett.b) dell'ACN per la medicina generale per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n.155 del 19 ottobre 2011, come di seguito indicato:

(riportare il numero che identifica gli ambiti carenti)

ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

ASL di..... n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....n.....

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.....;
2. di essere iscritto all'Ordine dei Medici di.....;
3. di essere iscritto nella graduatoria regionale – settore di assistenza primaria - valevole per il 2011 con punti..... e che alla data di scadenza per la presentazione della domanda di inserimento/integrazione titoli nella graduatoria(31.01.2010) non era titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria;
4. di essere residente nel Comune di..... dal.....(giorno/mese/anno) (1);
5. precedenti residenze:
dal.....al..... Comune di..... prov.....
dal.....al..... Comune di..... prov.....
dal.....al..... Comune di..... prov.....
dal.....al..... Comune di..... prov.....
6. di essere in possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale conseguito presso la Regione.....in data.....(2);

DICHIARA INOLTRE

- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria , anche se iscritto nella vigente graduatoria regionale

Il sottoscritto chiede di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato (*barrare una sola casella; in caso di barratura di entrambe o in mancanza di indicazione della riserva la domanda non sarà valutata*):

- () riserva per i medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale – (2)
() riserva per i medici in possesso di titolo equipollente.

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 comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo:

.....

Data

Firma (3)

.....

.....

- 1) La residenza deve essere dichiarata almeno a decorrere dal 31.01.2008. La mancata indicazione nella domanda dei dati relativi alla residenza, comporta la non assegnazione dei punteggi aggiuntivi, previsti dall'art.34, comma 3, lettere b) e c) dell'ACN per la medicina generale;
- 2) I medici inseriti nella graduatoria regionale che hanno conseguito l'attestato di formazione specifica in medicina generale dopo il 31.01.2010 devono allegare copia del titolo, con dichiarazione di conformità all'originale, al fine di partecipare alla riserva di assegnazione e per l'attribuzione del relativo punteggio;
- 3) 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).