**Marca da bollo Allegato A**

**Euro 16,00**

RACCOMANDATA A.R.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL’ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA’ASSISTENZIALE

**(per trasferimento)**

Azienda USL di Imola

Dipartimento Cure Primarie

Viale Amendola, 2

40026 IMOLA

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

residente a..........................................prov.........Via........................................................................

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

e-mail: ……………………………………………………………………………………………………….

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 Emilia-Romagna n. 94 del 30 marzo 2020, come di seguito indicato:

***(riportare il codice tra parentesi che identifica gli incarichi vacanti)***

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

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

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

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

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

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

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

ASL di.……….…………. 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 445/00, 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)*

1. di essere iscritto all’ordine dei Medici di..........................................................................................
2. 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: AUSL di:.................................................................)*

*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 per trasferimento degli incarichi vacanti di continuità assistenziale avverrà il giorno MERCOLEDI’ 15 LUGLIO 2020 alle ore 10,30 presso la Regione Emilia-Romagna, SALA CONFERENZE “A” – PIANO AMMEZZATO – viale della Fiera, 8 (Terza torre) – BOLOGNA secondo le modalità indicate nell’avviso e che nessuna comunicazione ulteriore verrà inviata ai fini della convocazione.**

Chiede che ogni eventuale 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 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).

**Marca da bollo Allegato B**

**Euro 16,00**

RACCOMANDATA A.R.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL’ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA’ASSISTENZIALE

**(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......................................................................................

e-mail: …………………………………………………………………………………………………….

iscritto nella graduatoria regionale per la medicina generale valevole per l’anno 2020 (pubblicata nel BUR n. 391 del 29 novembre 2019)

FA DOMANDA

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.b) dell’ACN per la medicina generale 23.3.2005 e s.m.i. - per l’assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n. 94 del 30 marzo 2020, come di seguito indicato:

***(riportare il codice tra parentesi che identifica gli incarichi vacanti)***

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

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

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

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

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

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

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

ASL di.……….…………. 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 47del 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)*

1. di essere iscritto nella graduatoria regionale per la medicina general valevole per il 2020 con punti………………………........…..
2. di essere residente nel Comune di…………………….prov…........ dal…..................a tutt’oggi (**1**)

*(giorno/mese/anno)*

1. precedenti residenze:

dal………………..al………………………Comune di………….……………..………prov..........…

dal………………..al………………………Comune di…………………………...……prov.........…

dal………………..al………………………Comune di…………………………………prov.........…

dal………………..al………………………Comune di…………………………………prov.........…

1. di essere in possesso del titolo 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 Continuità Assistenziale.

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 prescelta la domanda non sarà valutata):*

* riserva per i medici in possesso del titolo 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.*

* **di essere a conoscenza che la procedura di assegnazione per graduatoria degli incarichi vacanti avverrà il giorno MERCOLEDI’ 15 LUGLIO 2020 alle ore 11,00 presso la Regione Emilia-Romagna, SALA CONFERENZE “A” – PIANO AMMEZZATO – viale della Fiera, 8 (Terza torre) – BOLOGNA secondo le modalità indicate nell’avviso e che nessuna comunicazione ulteriore verrà inviata ai fini della convocazione;**
* di essere a conoscenza che la mancata indicazione nella presente domanda dei dati relativi alla residenza, almeno a decorrere dal 31.01.2017, di cui ai precedenti punti 3 e 4 comporta la non assegnazione dei punteggi aggiuntivi (20 punti per la residenza in ambito regionale e 5 punti per la residenza in ambito aziendale) previsti dall’art.6, comma 1, dell’ACN per la medicina generale 21.06.2018 che richiama l’art. 63 comma 6, lettere b) e c) dell’ACN per la medicina generale 23.3.2005 e s.m.i.

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

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

Data Firma **(3)**

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

1. La residenza deve essere dichiarata almeno a decorrere dal 31.01.2017. La mancata indicazione nella domanda dei dati relativi alla residenza, comporta la non assegnazione dei punteggi aggiuntivi, previsti dall’art.6, comma 1, dell’ACN per la medicina generale 21.06.2018 che richiama l’art. 63 comma 6, lettere b) e c) dell’ACN per la medicina generale 23.3.2005 e s.m.i.
2. I medici inseriti in graduatoria che hanno conseguito il diploma di formazione specifica in medicina generale dopo il 31.01.2019 devono allegare copia del titolo, con dichiarazione che lo stesso è conforme 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.

**Marca da bollo Allegato C**

**Euro 16,00**

RACCOMANDATA A.R.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL’ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA’ASSISTENZIALE

**(medici che hanno acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente al 31.01.2019 – come specificato al punto c) dell’Allegato n.1)**

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

e-mail: …………………………………………………………………………………………………….

FA DOMANDA

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.c) dell’ACN per la medicina generale 23.3.2005 e s.m.i. - per l’assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n. 94 del 30 marzo 2020, come di seguito indicato:

***(riportare il codice tra parentesi che identifica gli incarichi vacanti)***

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

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

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

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

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

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

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

ASL di.……….…………. 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 47del 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)*

1. di essere iscritto all’Ordine dei Medici di ................................................................................................................................................
2. di aver acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente al 31.01.2019 presso la Regione…………………………………………………. in data……………………………….
3. di essere residente nel Comune di……………………. prov…........... dal…........................

DICHIARA INOLTRE

**di essere a conoscenza che la procedura di assegnazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale avverrà il giorno MERCOLEDI’ 15 LUGLIO 2020 alle ore 14,00 presso la Regione Emilia-Romagna, SALA CONFERENZE “A” – PIANO AMMEZZATO – viale della Fiera, 8 (Terza torre) – BOLOGNA secondo le modalità indicate nell’avviso e che nessuna comunicazione ulteriore verrà inviata ai fini della convocazione;**

*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:

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

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.

**Marca da bollo Allegato D**

**Euro 16,00**

RACCOMANDATA A.R.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL’ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI VACANTI DI CONTINUITA’ASSISTENZIALE

**(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 Emilia-Romagna)**

Azienda USL di Imola

###### Dipartimento Cure Primarie

Viale Amendola, 2

40026 IMOLA

Il/la sottoscritto/a Dr.............................................................................................................................

nato/a a...........................................................................................il...................................................

residente a................................................prov...........Via……….........................................................

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

e-mail: ……………………………………………………………………………………………………….

**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 incarichi vacanti di continuità assistenziale della Regione Emilia-Romagna, pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n. 94 del 30 marzo 2020, come di seguito indicato:

***(riportare il codice tra parentesi che identifica gli ambiti carenti)***

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

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

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

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

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

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

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

ASL di.……….…………. 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 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 ………………………

1. di essere residente nel Comune di…………………...…..…….……… prov. ……….. dal……..…….…...............

**DICHIARA INOLTRE**

* **di essere a conoscenza che potrà partecipare all’assegnazione di tali incarichi solo se iscritto ai corsi di formazione specifica in medicina generale istituiti presso la Regione Emilia-Romagna**
* **di essere a conoscenza che la partecipazione all’assegnazione degli incarichi richiesti con la presente domanda è subordinata rispetto a quella dei medici di cui ai punti a), b) e c) del bando ed avrà seguito solo qualora, espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall’art. 63 A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 23.03.2005 e s.m.i, sostituito dall’art. 6 dell’A.C.N. 21.06.2018, ivi compresa quella di cui al comma 15, detti incarichi rimarranno vacanti e che, in tal caso, verrà interpellato con apposito avviso successivo, pubblicato sul BURERT. In tale avviso verranno indicati data, luogo ed orari della successiva convocazione, nonché i criteri di graduazione ed ordine di priorità per la costruzione della relativa graduatoria;**
* **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:

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

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).