**Marca da bollo Allegato A**

 **Euro 16,00**

 RACCOMANDATA A.R.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL’ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA

**(per trasferimento)**

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: ……………………………………………………………………………………………………….

titolare di incarico a tempo indeterminato per l’assistenza primaria

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

secondo quanto previsto dall’art.5, comma 1, dell’ACN per la medicina generale 21.06.2018 - che richiama l’art.34, comma 5, lett.a) dell’ACN per la medicina generale 23.03.2005 e s.m.i. - per l’assegnazione degli ambiti territoriali vacanti di assistenza primaria 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...........n............n………n……...n……......

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

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

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

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

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

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

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

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

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

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

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

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

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

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

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ 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 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 essere titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria presso l’Azienda USL di..............................................ambito territoriale……………………………………....................................della Regione.................................dal.......................(1)

 *(indicare di seguito gli eventuali periodi di sospensione dall’incarico di cui all’art.18, comma 1 ACN vigente):*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. 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............................

 *(indicare di seguito gli eventuali periodi di sospensione dall’incarico di cui all’art.18, comma 1 ACN 23.03.2005 e s.m.i. vigente):*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. 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.*

DICHIARA INOLTRE

**di essere a conoscenza che la procedura di assegnazione per trasferimento degli ambiti territoriali vacanti avverrà il giorno MARTEDI’ 14 LUGLIO 2020 alle ore 9,30 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 DEGLI AMBITI TERRITORIALI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA

**(per graduatoria)**

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: ……………………………………………………………………………………………………….

inserito 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.5, comma 1, dell’ACN per la medicina generale 21.06.2018 - che richiama l’art.34, comma 5, lett.b) dell’ACN per la medicina generale 23.3.2005 e s.m.i. - per l’assegnazione degli ambiti territoriali vacanti di assistenza primaria 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...........n............n………n……...n……......

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

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

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

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

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

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

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

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

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

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

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

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

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

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

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ 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……........................;

*(specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110)*

1. di essere iscritto all’Ordine dei Medici di............................................................................................................;
2. di essere iscritto nella graduatoria regionale per la medicina generale valevole per il 2020 con punti..……………....e che alla data di scadenza per la presentazione della domanda di inserimento/integrazione titoli nella graduatoria (31.01.2019) non era titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria;
3. di essere residente nel Comune di…………………..…….……… dal……..……...............(*giorno/mese/anno*) (1);
4. le seguenti 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 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 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 ambiti territoriali vacanti avverrà il giorno MARTEDI’ 14 LUGLIO 2020 alle ore 10,00 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 4 e 5, comporta la non assegnazione dei punteggi aggiuntivi (20 punti per la residenza in ambito regionale e 5 punti per la residenza nell’ambito territoriale dichiarato carente) previsti dall’art.5, comma 1, dell’ACN per la medicina generale 21.06.2018, che richiama l’art.34, comma 8, 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.5, comma 1, dell’ACN per la medicina generale 21.06.2018 - che richiama l’art.34, comma 8, lettere b) e c) dell’ACN per la medicina generale 23.3.2005 e s.m.i.;
2. I medici inseriti nella graduatoria regionale che hanno conseguito il diploma di formazione specifica in medicina generale dopo il 31.01.2019 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).

**Marca da bollo Allegato C**

 **Euro 16,00**

 RACCOMANDATA A.R.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL’ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA

**(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/la sottoscritto/a Dr.............................................................................................................................

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

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

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

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

**FA DOMANDA**

secondo quanto previsto dall’art.5, comma 1, dell’ACN per la medicina generale 21.06.2018 - che richiama l’art.34, comma 5, lett.c) dell’ACN per la medicina generale 23.3.2005 e s.m.i. - per l’assegnazione degli ambiti territoriali vacanti di assistenza primaria 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...........n............n………n……...n……......

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

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

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

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

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

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

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

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

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

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

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

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

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

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

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ 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……........................; *(specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110)*
2. di essere iscritto all’Ordine dei Medici di............................................................................................................;
3. di aver acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente al 31.01.2019 presso la Regione ……………………………………………………………………….in data………………………
4. di essere residente nel Comune di…………………..…….……… prov…….. dal……..……...............

DICHIARA INOLTRE

**di essere a conoscenza che la procedura di assegnazione degli ambiti territoriali vacanti avverrà il giorno MARTEDI’ 14 LUGLIO 2020 alle ore 14,30 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;**

*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 (art.38 del DPR 445/00).

**Marca da bollo Allegato D**

 **Euro 16,00**

RACCOMANDATA A.R.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL’ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA**

**(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 ambiti territoriali vacanti di assistenza primaria 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...........n............n………n……...n……......

n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............

n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............

n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............

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

n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............

n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............

n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............

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

n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............

n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............

n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............

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

n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............

n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............

n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............

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

n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............

n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............

n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............

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

n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............

n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............

n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............

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

n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............

n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............

n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............

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

n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............

n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............

n............ 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 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. 34, sostituito dall’art. 5 dell’Accordo Collettivo Nazionale 21.06.2018, ivi compresa quella di cui al comma 17, 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, resa dalla ASL in indirizzo, allegata al bando.**

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).