

Allegato A

DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA ai sensi dell'art.4, comma 17 del testo coordinato tra l'Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.) per la Medicina Generale 18 giugno 2020, l'Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.) per la Medicina Generale 21 giugno 2018, e l'Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.) per la Medicina Generale 23 marzo 2005 e s.m.i.

ANNO 2020

RACCOMANDATA A/R

Applicare qui la
MARCA DA BOLLO
(€ 16,00) secondo le vigenti
disposizioni in materia

AZIENDA USL di Imola
Dipartimento Cure Primarie
Viale Amendola, 8
40026 – I M O L A

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____
(Cognome e Nome)

nato/a a _____ prov. _____ Il _____

residente a _____ prov. _____

Via _____ n. _____ CAP _____

Tel. _____ Cell. _____

M F Codice Fiscale _____

email _____

PEC (intestata al medico che presenta la domanda) _____

FA DOMANDA

ai sensi dell'art.4, comma 17 del testo coordinato tra l'Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.) per la Medicina Generale 18 giugno 2020, l'Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.) per la Medicina Generale 21 giugno 2018, e l'Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.) per la Medicina Generale 23 marzo 2005 e s.m.i., per l'assegnazione di ambiti territoriali carenti in quanto:

[BARRARE LA CASELLA INTERESSATA]

inserito in graduatoria di altra Regione valida per l'anno 2020

□ **in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale**

per l'assegnazione degli incarichi nelle seguenti zone carenti di assistenza primaria, pubblicate nel BUR della Regione Emilia-Romagna - parte terza - n. 94 del 29 marzo 2020 e rimaste carenti a seguito delle procedure di assegnazione svolte, a seguito di specifica comunicazione alla SISAC (art.4, comma 17 del testo coordinato tra l'Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.) per la Medicina Generale 18 giugno 2020, l'Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.) per la Medicina Generale 21 giugno 2018, e l'Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.) per la Medicina Generale 23 marzo 2005 e s.m.i.):

(di fianco a n. indicare il codice dell'ambito territoriale)

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

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

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 e 47 del DPR 445 del 28/12/2000 e s.m.i. (dichiarazione sostitutiva di certificazione), consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 e s.m.i.

DICHIARA

- di ESSERE RESIDENTE nel Comune di _____ prov. _____ dal ___/___/___
- di NON ESSERE ATTUALMENTE CONVENZIONATO a tempo indeterminato per l'Assistenza Primaria
- di AVER CONSEGUITO il diploma di LAUREA in Medicina e Chirurgia presso l'Università di _____ il ___/___/___ con voto ___/___ (specificare se il voto di laurea è espresso in 100 o 110)
- di ESSERE ATTUALMENTE ISCRITTO all'Ordine dei Medici di _____ dal ___/___/___
- di ESSERE INSERITO nella GRADUATORIA della REGIONE _____ valevole per l'anno 2020 con punti _____

(da compilare da parte dei dai candidati inseriti in graduatoria di altra Regione in corso di validità)

di ESSERE IN POSSESSO del TITOLO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE di cui al D.Lgs. n. 368/99 e s.m.i., conseguito presso la Regione _____ in data ____/____/____

(da compilare da parte dei dai candidati che presentano la domanda in quanto in possesso del solo titolo di formazione specifica in medicina generale);

DICHIARA INOLTRE

di essere a conoscenza che:

- la procedura di assegnazione degli ambiti territoriali vacanti avverrà il giorno **mercoledì 7 ottobre 2020** presso la Regione Emilia-Romagna, viale Aldo Moro, 21 – BOLOGNA – Sala 105/b (1° piano)
- in funzione dell'attuale situazione emergenziale legata alla diffusione del Covid-19, al fine di evitare assembramenti, contestualmente alla pubblicazione della graduatoria nel sito dell'AUSL di Imola, verranno pubblicate le modalità di scaglionamento orario di convocazione
- nessuna comunicazione ulteriore verrà inviata ai fini della convocazione.

Data _____

Firma per esteso

In luogo dell'autenticazione della firma, allegare fotocopia semplice di un documento di identità.

Per i soli candidati che invieranno la domanda via pec (posta elettronica certificata)

MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO DOVUTA PER LA PRESENTAZIONE DI ISTANZE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE
Il sottoscritto, consapevole che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale (<u>Art. 75 e 76 dpr 28.12.2000 n. 445</u>)
trasmette la presente dichiarazione, attestando ai sensi degli artt. 46 e 47 del dpr 28.12.2000 n. 445 quanto segue:

Spazio per l'apposizione
della marca da bollo
(€16,00),
da annullare con data e firma

Cognome	Nome	
Nato a	Prov.	il
Residente in	Prov.	CAP
Via/piazza		n.

<input type="checkbox"/> DICHIARA di aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo dovuta per le istanze di partecipazione all'assegnazione di incarichi vacanti presso Aziende USL con la marca da bollo numero identificativo.....del(1) (1) NB: Numero identificativo della marca da bollo
di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

Luogo e data

Firma autografa leggibile

AVVERTENZE:

- 1) Il presente modulo, provvisto della marca da bollo (annullata secondo le indicazioni di cui al punto 2) deve essere debitamente compilato e sottoscritto con firma autografa del dichiarante e deve essere allegato alla domanda di

partecipazione all'assegnazione di incarichi vacanti presso Aziende USL.

- 2) La marca da bollo, applicata nell'apposito spazio, dovrà essere annullata tramite l'apposizione della data e la firma sulla stessa e parte del modulo