

Marca da bollo € 16

RACCOMANDATA A.R.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI VACANTI RESIDUATI NEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE (ai sensi dell'art. 63, comma 15, dell'ACN 23.03.2005 e s.m.l.)

Al Direttore Generale
dell'ASL.....
.....
.....

Il/La sottoscritto Dott./dott.ssa.....
Nato/a a.....prov.....Il.....
residente aVia.....Prov.....
dal.....telefono n.
e-mail.....
PEC.....

PRESENTA DOMANDA

ai sensi dell'art. 63, comma 15, dell'ACN per la Medicina Generale 23.03.2005 e s.m.l., in quanto:

(BARRARE LA CASELLA INTERESSATA)

- Inserito in graduatoria di altra Regione in corso di validità**
- In possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale**

per l'assegnazione degli incarichi di continuità assistenziale, pubblicati nel BUR della regione Piemonte n. 15, Supplemento ordinario n.1, dell'11.04.2019 e n. 16 del 18.04.2019, e rimasti vacanti a seguito delle procedure di assegnazione svolte, ai sensi dell'art. 63, comma 3, lettere a), b), e c) del vigente ACN

A.S.L. n.di.....
A.S.L. n.di.....
A.S.L. n.di.....
A.S.L. n.di.....
A.S.L. n.di.....
(etc, etc)

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445, ai sensi degli artt. 46 e 47 del medesimo DPR.

DICHIARA
(BARRARE LA CASELLA INTERESSATA)

di essere residente nel Comune di.....prov.dal.....;

di non essere attualmente convenzionato a tempo indeterminato per la Continuità assistenziale;

di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di..... in datacon. voto di Laurea..... (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.....settore Continuità assistenziale valevole per l'anno 2019 con punti.....(da compilarsi da parte dei 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 compilarsi da parte dei candidati in possesso solo del titolo di formazione specifica in medicina generale);

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

.....

In fede

Data.....

(firma per esteso)

In luogo dell'autenticazione della firma allegare copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art. 38 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445)

Al sensi dell'art. 63, comma 20, l'autocertificazione informativa relativa alle posizioni di incompatibilità (Allegato L) ACN vigente dovrà essere prodotto al momento dell'eventuale assegnazione dell'incarico.