

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

Marca da bollo € 14,62

RACCOMANDATA A.R.

Al Direttore Generale
Azienda U.S.L. di _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ Prov. _____

il _____ codice fiscale _____ residente a _____ prov.

_____ via _____ n. _____ CAP _____ tel. _____

inserito nella graduatoria di settore valida per l'anno 2013 (B.U.R.A. n. 12 Speciale Sanità del 25.01.2013)

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale 23.03.2005 e s.m.i., di assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'Assistenza Primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti ambiti:

ASL _____ Ambito _____

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

DICHIARA

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea 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 – settore assistenza primaria – valevole per l'anno 2013 con punti _____ e che alla data di scadenza della presentazione della domanda di inserimento/integrazione titoli nella graduatoria (31.01.2012) non era titolare in incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria;

4. di essere residente nel Comune di _____ dal _____;

5. precedenti residenze:

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 _____.

Chiede, ai sensi dell'art. 16, commi 7 e 8, dell'A.C.N. per la Medicina Generale di poter accedere alla riserva di assegnazione come appresso indicato (barrare una sola casella):

riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale.

riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (articolo 16, comma 7, lettera b);

Allega atto sostitutivo di notorietà (allegato C).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga al seguente indirizzo:

Data _____

firma per esteso _____

La sottoscrizione della domanda 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).