

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI RIMASTI
CARENTI DI MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA
(ai sensi dell'art. 5, comma 17 dell' A.C.N.- MMG del 21/06/2018)**

RACCOMANDATA A.R.

Applicare qui la
MARCA DA BOLLO
da € 16,00

All' Azienda USL Umbria 2
Ufficio Centrale Regionale
Piazza Dante Perilli
c/o Palazzina Micheli
06049 Spoleto(PG)

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

codice fiscale _____ residente a _____

prov. _____ via _____ n. _____ CAP _____

recapiti telefonici _____ / _____

e-mail _____

PEC _____

FA DOMANDA

ai sensi dell' art. 5, comma 17 dell'A.C.N.- MMG 21/06/2018, in quanto:

[BARRARE LA CASELLA INTERESSATA]

- inserito in graduatoria di Medicina Generale – settore Assistenza Primaria – di altra Regione e/o Provincia Autonoma, valevole per l'anno 2019;**
- in possesso del titolo di formazione specifica in Medicina Generale.**

per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di medico di Assistenza Primaria relativi all'anno 2019, pubblicati nel Supplemento Ordinario al Bollettino Ufficiale della regione Umbria – serie Avvisi e Concorsi n. 23 del 28/05/2019, rimasti vacanti a conclusione delle procedure di assegnazione svolte ai sensi dell' art. 5, comma 5, lettere a), b) e c) del vigente A.C.N. – MMG 21/06/2018 e segnatamente per gli ambiti sotto indicati (**barrare la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito**):

AZIENDA USL UMBRIA 1 – Sede Perugia		
DISTRETTO	AMBITO	X
Alto Tevere	Comune di Città di Castello	<input type="checkbox"/>
Alto Tevere	Comune di San Giustino	<input type="checkbox"/>
Alto Chiascio	Comune di Gubbio	<input type="checkbox"/>
Alto Chiascio	Comuni Fascia Appenninica	<input type="checkbox"/>
Trasimeno	CDS Trasimeno Sud Ovest Comune Panicale	<input type="checkbox"/>
Trasimeno	CDS Trasimeno Sud Ovest Comune Città della Pieve	<input type="checkbox"/>

AZIENDA USL UMBRIA 2 – Sede Terni		
DISTRETTO	AMBITO	X
Orvieto	Baschi/Montecchio	<input type="checkbox"/>
Orvieto	Comune di Allerona	<input type="checkbox"/>
Narni/Amelia	Comune di Amelia	<input type="checkbox"/>
Narni/Amelia	ambito distrettuale	<input type="checkbox"/>

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

DICHIARA

[BARRARE LE CASELLE INTERESSATE]

- 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 degli Studi di _____ il _____ con voto ____/_____
(specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110);
- di ESSERE ATTUALMENTE ISCRITTO all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal _____;

- di ESSERE INSERITO NELLA GRADUATORIA DI MEDICINA GENERALE della REGIONE / PROVINCIA AUTONOMA _____ - settore Assistenza Primaria valevole per l'anno 2019 con punti _____ (compilare da parte dei soli 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 _____ (compilare 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 secondo le modalità indicate nell'avviso e che nessuna comunicazione ulteriore verrà inviata ai fini della convocazione.

Il Sottoscritto manifesta il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi di quanto stabilito nel D.lgs 196/2003 e s.m.i. e nel Regolamento U.E. n.679/2016.

Allega alla presente l'Autocertificazione Informativa e copia fotostatica di un documento di identità (Art.38 DPR n.445/2000)

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____ prov. _____
indirizzo _____ n. _____

Data _____ **firma per esteso** _____

Attenzione: la sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore.