

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI RIMASTI  
CARENTI DI MEDICO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE  
(ai sensi dell'art. 6, comma 15 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. 6, comma 15 dell'A.C.N.- MMG 21/06/2018, in quanto:

[BARRARE LA CASELLA INTERESSATA]

- inserito in graduatoria di Medicina Generale – settore Continuità Assistenziale – 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 Continuità Assistenziale 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. 6, comma 3, 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 2 – Sede Terni			
ATTIVITA'	POSTI	AMBITO TERRITORIALE	X
Continuità Assistenziale	9	Ambito Aziendale	<input type="checkbox"/>
Continuità Assistenziale	8	Istituti Penitenziari ricadenti nell'Ambito Aziendale	<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 Continuità Assistenziale 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.