

**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 2020;**
- ☐ **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 2020, pubblicati nel Supplemento Ordinario al Bollettino Ufficiale della regione Umbria – serie Avvisi e Concorsi n. 20 del 28/04/2020, 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 1 – Sede Perugia		
ATTIVITA'	POSTI	AMBITO TERRITORIALE
Continuità Assistenziale	7	Ambito Aziendale

AZIENDA USL UMBRIA 2 – Sede Terni		
ATTIVITA'	POSTI	AMBITO TERRITORIALE
Continuità Assistenziale	7	Ambito Aziendale

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 la Continuità Assistenziale;
- ☐ 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 _____ valevole per l'anno 2020 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.