

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI
RIMASTI CARENTI DI MEDICO DI ASSISTENZA PRIMARIA
(ai sensi dell'art. 4 dell'ACN MMG del 18/06/2020)
ANNO 2020**

Medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale ex art. 9 D.L. 14/12/2018 n. 135 così come modificato dalla legge di conversione 11/02/2019 n. 12 ed ex art. 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60.

Marca da bollo
(€ 16,00)

All' Ufficio Centrale Regionale

PEC: aslumbria2@postacert.umbria.it

Il/la sottoscritto/a Dott. _____ nato a _____
prov. _____ il _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ via _____
n. _____ CAP _____ tel. _____ a far data dal _____
e residente nel territorio della regione _____ dal _____
Email _____
PEC _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art.4 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 18/06/2020, per l'assegnazione degli ambiti territoriali rimasti carenti per l'assistenza primaria, dopo la pubblicazione su BURU n.58 del 17/11/2020 e sul sito SISAC in data 31/12/2020 **(barrare con il segno la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito):**

AZIENDA USL UMBRIA 1	
DISTRETTO	AMBITO
Alto Tevere	Comune di San Giustino

AZIENDA USL UMBRIA 2	
DISTRETTO	AMBITO
Terni	Con obbligo ambulatorio principale ambito Terni/Stroncone
Narni/Amelia	Con obbligo ambulatorio principale Comune di Amelia

AZIENDA USL UMBRIA 2	
DISTRETTO	AMBITO
Orvieto	Con obbligo ambulatorio principale Comune di Orvieto
Orvieto	Con obbligo ambulatorio principale ambito Baschi/Montecchio
Orvieto	Con obbligo ambulatorio principale Comune di Allerona

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

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____; (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110)
2. di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____ dal _____ con numero _____;
3. di frequentare, ai sensi dell'Art. art. 9 D.L. 14/12/2018 n. 135 così come modificato dalla legge di conversione 11/02/2019 n. 12, il corso di formazione specifica in medicina generale relativo al corso triennale/..... presso la Regione Umbria iniziato in data..... (barrare annualità di frequenza): 1° 2° 3°
4. di frequentare, con iscrizione ai sensi dell'Art, ex art. 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60 il corso di formazione specifica in medicina generale relativo al corso triennale/..... presso la Regione Umbria iniziato in data..... iscrizione tramite graduatoria riservata (barrare annualità di frequenza): 1° 2° 3°

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.