TAG: CORSISTI2023

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO DI PUBBLICAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI RIMASTI VACANTI DI MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITÀ ORARIA RELATIVI ALL'ULTERIORE PUBBLICAZIONE ANNO 2023 PRESSO LE AZIENDE U.S.L. DELLA REGIONE UMBRIA RIVOLTO ALLE CATEGORIE DI MEDICI FREQUENTANTI IL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE NELLA REGIONE UMBRIA, DI CUI ALL'ART.34, COMMI 18 E 29 DELL'A.C.N. MMG DEL 28/04/2022

ANNO 2023

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.

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO da €16,00

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

All' **Ufficio Centrale Regionale**

PEC: **aslumbria2@postacert.umbria.it**

Oggetto: DOMANDA ZONA CARENTE CA – PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA 2023 MEDICI CORSISTI

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 (obbligatoria) _____

FA DOMANDA

ai sensi dell'art. 34, comma 18 dell'A.C.N. MMG 28/04/2023, per l'assegnazione di incarico temporaneo, da convertire in incarico a tempo indeterminato con decorrenza dalla data di conseguimento del Diploma di Formazione in Medicina Generale, per i seguenti incarichi vacanti residui di Assistenza Primaria ad attività oraria dopo la pubblicazione sul S.O. al BURU n. 59 del 14/11/2023 e sul sito SISAC in data 04/01/2024 **(barrare con il segno X la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito):**

AZIENDA USL UMBRIA 1 – Sede Perugia		
ATTIVITA'	**AMBITO TERRITORIALE**	
Assistenza Primaria ad attività oraria	Ambito Aziendale	

AZIENDA USL UMBRIA 2 – Sede Terni		
ATTIVITA'	**AMBITO TERRITORIALE**	
Assistenza Primaria ad attività oraria	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

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°

Dichiara inoltre di essere a conoscenza che la procedura di assegnazione degli ambiti territoriali vacanti avverrà secondo le modalità indicate nell'avviso.

Di esprimere 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.

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.

Allega alla presente:

- **autocertificazione informativa mod. CA2**
- **dichiarazione imposta di bollo mod. CA3**
- **Copia documento di identità in corso di validità;**