

TAG: CORSISTI2024

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'AVVISO DI PUBBLICAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI RIMASTI VACANTI DI MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA, RELATIVI ALLA PUBBLICAZIONE ANNO 2024 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, COMMA 18 DELL'A.C.N. MMG DEL 28/04/2022
ANNO 2024

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 AP – PUBBLICAZIONE 2024 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 28/04/2022, 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 a ciclo di scelta dopo la pubblicazione sul S.O.al BURU n. 16 del 09/04/2024 e sul sito SISAC in data 21/06/2024 **(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 Città di Castello
*Alto Tevere	Comune di Città di Castello (a far data dal 02/12/2024)
Alto Tevere	Comune di Umbertide
Alto Tevere	Comune di San Giustino
Alto Tevere	Comune di Pietralunga
Alto Tevere	Ambito distrettuale
Alto Chiascio	Comune di Gubbio
*Alto Chiascio	Comune di Gubbio (a far data dal 21/08/2024)
Alto Chiascio	Comuni Fascia Appenninica
Alto Chiascio	Comune di Costacciaro
Alto Chiascio	Comune di Gualdo Tadino
Perugino	Cds 5 – San Sisto – Castel del Piano
Trasimeno	Cds Trasimeno Sud-Ovest Comune di Castiglione del Lago

AZIENDA USL UMBRIA 2	
DISTRETTO	AMBITO
Distretto Valnerina	con ambulatorio principale nel Comune di Cerreto di Spoleto
Distretto Valnerina	con ambulatorio principale nel Comune di Preci
Distretto Valnerina	con ambulatorio principale nel Comune di Monteleone di Spoleto
Distretto di Spoleto	con ambulatorio principale nel Comune di Spoleto
Distretto di Spoleto	con ambulatorio principale nel Comune di Castel Ritaldi
Distretto di Spoleto	con ambulatorio principale nel Comune di Giano dell'Umbria
*Distretto di Foligno	con ambulatorio principale nel Comune di Gualdo Cattaneo (a far data dal 01/10/2024)
Distretto di Foligno	con ambulatorio principale nel Comune di Nocera Umbra
Distretto di Terni	ambito Terni/Stroncone con ambulatorio principale nel Comune di Stroncone
Distretto di Terni	ambito Acquasparta/San Gemini con ambulatorio principale nel Comune di San Gemini

DISTRETTO	AMBITO
Distretto Narni/Amelia	ambito: Avigliano-Montecastrilli con ambulatorio principale nel Comune di Avigliano Umbro
Distretto Narni/Amelia	ambito: Narni, Calvi dell'Umbria, Otricoli, con ambulatorio principale nel Comune di Calvi dell'Umbria
*Distretto Narni/Amelia	ambito: Amelia, Alviano, Attigliano, Giove, Guardea, Lugnano in Teverina, Penna in Teverina con ambulatorio principale nel Comune di Giove

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: <input type="checkbox"/> la propria residenza <input type="checkbox"/> 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. AP2**
- **dichiarazione imposta di bollo mod. AP3**
- **Copia documento di identità in corso di validità.**