Mod. B

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE

DEGLI INCARICHI RESIDUI DI ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA’ ORARIA

 RILEVATI PER L’ANNO 2024

 (Medici in possesso dell’attestato di Formazione specifica in medicina generale – Art. 34, comma 17 lettera b ACN)

 Regione Lazio

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area GR/39/06

Pec: arearisorseumanessr@pec.regione.lazio.it

Il sottoscritto dr\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prov.\_\_\_\_\_Il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ai sensi dell’art. 34, comma 17 dell’Accordo Collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale

 **in possesso del titolo di formazione specifica in Medicina Generale**

**FA DOMANDA**

per l’assegnazione degli incarichi vacanti di assistenza primaria ad attività oraria relativi all’anno 2024, già pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. 45 del 4 giugno 2024, rimasti ancora vacanti a conclusione delle procedure di assegnazione svolte ai sensi dell’articolo 34 comma 12 dell’ACN e precisamente per le ASL sotto indicate:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * ASL ROMA 1
 | * ASL ROMA 2
 | * ASL ROMA 3
 | * ASL ROMA 4
 |
| * ASL ROMA 5
 | * ASL ROMA 6
 | * ASL FROSINONE
 | * ASL LATINA
 |
| * ASL RIETI
 | * ASL VITERBO
 |  |  |

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall’articolo 76 del D.P.R. n. 445/2000, e degli effetti amministrativi previsti dall’articolo 75 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt.46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

**D I C H I A R A**

* 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)*
* di aver conseguito l’abilitazione professionale nella sessione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 presso l’Università \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

* di essere iscritto all’Ordine dei medici di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di non essere già titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria ad attività oraria
* di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di essere residente nel territorio della ASL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con decorrenza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a, dichiara di eleggere il proprio domicilio digitale con

P.E.C.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla quale inviare ogni comunicazione in merito alla presente procedura, e si impegna a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione che dovesse intervenire rispetto alla presente dichiarazione e dichiara di aver preso visione dell’Informativa sul trattamento dei dati personali di cui al Mod. D del presente avviso.

Allega alla presente fotocopia del documento di riconoscimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_rilasciato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 firma per esteso (\*)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ***(\*) Ai fini della validità la domanda deve essere debitamente sottoscritta - la firma non è soggetta ad autenticazione se presentata unitamente a fotocopia di un documento di identità del dichiarante in corso di validità.***