

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI RESIDUI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA
Rilevazione anno 2024**

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 (obbligatoria) _____

iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale presso la Regione Lazio:

ai sensi dell'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12;

ai sensi dell'articolo 12, comma 3, del DL 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60.

Come previsto dall'articolo 34, comma 18 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 28 aprile 2022

FA DOMANDA

per l'assegnazione degli incarichi residui del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria rilevati per l'anno 2024 resi noti con Determinazione n. _____ del _____ pubblicata sul BURL n. _____ del _____ per le seguenti ASL

<input type="checkbox"/> ASL ROMA 1	<input type="checkbox"/> ASL ROMA 2	<input type="checkbox"/> ASL ROMA 3	<input type="checkbox"/> ASL ROMA 4
<input type="checkbox"/> ASL ROMA 5	<input type="checkbox"/> ASL ROMA 6	<input type="checkbox"/> ASL FROSINONE	<input type="checkbox"/> ASL LATINA
<input type="checkbox"/> ASL RIETI	<input type="checkbox"/> 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

DICHIARA

- a. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____/110

- b. di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data _____
- c. di essere iscritto all'Albo Professionale dell'Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal _____
- d. di frequentare il **primo anno**
 secondo anno
 terzo anno
- del corso di formazione specifica in medicina generale relativo al corso triennale _____/_____ presso **la Regione Lazio** e di avere effettivamente iniziato il corso in data _____ presso Area didattica _____ ASL _____
- e. di essere residente nella Regione _____ dal _____
- f. di essere residente nel Comune di _____ dal _____
- g. di essere residente nella ASL _____ dal _____
- h. di non essere già titolare di incarico di assistenza primaria ad attività oraria

DICHIARA ALTRESI'

di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00, come da attestazione trasmessa unitamente alla presente domanda.

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 all'allegato informativa del presente avviso.

Allega alla presente fotocopia del documento di riconoscimento _____ n _____

Rilasciato da _____ il _____

Data _____ **Firma del dichiarante** _____

() 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.*