

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI RESIDUI DI ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA
(ex continuità assistenziale) RILEVATI PER L'ANNO 2023**

(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@regione.lazio.legalmail.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 del vigente 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 medico di assistenza primaria ad attività oraria (ex continuità Assistenziale) relativi all'anno 2023, già pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. 43 del 30 maggio 2023, rimasti ancora vacanti a conclusione delle procedure di assegnazione svolte ai sensi dell'art. 34, comma 12 del vigente A.C.N. e precisamente per le ASL sotto indicate

<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

- 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 titolare di incarico a tempo indeterminato nelle attività di continuità assistenziale;
- di essere residente nel Comune di _____ prov. ____ dal _____
- di essere residente nel territorio della ASL _____ con decorrenza _____
- di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679.

Chiede che ogni comunicazione in merito, compresa la eventuale convocazione, venga indirizzata al seguente indirizzo

PEC _____

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.*