

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI RESIDUI DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA
(ex assistenza primaria) RILEVATI PER L'ANNO 2023
(Medici graduatoria altre Regioni – Art. 34, comma 17 lettera a) vigente 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 _____

inserito in graduatoria di Medicina Generale di altra Regione e/o Provincia Autonoma, valevole per l'anno 2023

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

FA DOMANDA

per l'assegnazione degli incarichi vacanti di medico di assistenza primaria a ciclo di scelta (ex assistenza primaria) relativi all'anno 2023, già pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. 56 del 13 luglio 2023, rimasti ancora vacanti a conclusione delle procedure di assegnazione svolte ai sensi dell'articolo 34 comma 12 del vigente ACN e precisamente per le ASL sottoindicate:

ASL ROMA Distretto Roma <input type="checkbox"/>	ASL ROMA3 Distretto Fiumicino <input type="checkbox"/>					
ASL ROMA 4	Distretto 1 <input type="checkbox"/>	Distretto 2 <input type="checkbox"/>	Distretto 3 <input type="checkbox"/>	Distretto 4 <input type="checkbox"/>		
ASL ROMA 5	Distretto 1 <input type="checkbox"/>	Distretto 2 <input type="checkbox"/>	Distretto 3 <input type="checkbox"/>	Distretto 4 <input type="checkbox"/>	Distretto 5 <input type="checkbox"/>	Distretto 6 <input type="checkbox"/>
ASL ROMA 6	Distretto 1 <input type="checkbox"/>	Distretto 2 <input type="checkbox"/>	Distretto 3 <input type="checkbox"/>	Distretto 4 <input type="checkbox"/>	Distretto 5 <input type="checkbox"/>	Distretto 6 <input type="checkbox"/>
ASL VITERBO	Distretto A <input type="checkbox"/>	Distretto B <input type="checkbox"/>	Distretto C <input type="checkbox"/>			
ASL LATINA	Distretto 1 <input type="checkbox"/>	Distretto 2 <input type="checkbox"/>	Distretto 3 <input type="checkbox"/>	Distretto 4 <input type="checkbox"/>	Distretto 5 <input type="checkbox"/>	
ASL RIETI	Distretto 1 <input type="checkbox"/>	Distretto 2 <input type="checkbox"/>				
ASL FROSINONE	Distretto A <input type="checkbox"/>	Distretto B <input type="checkbox"/>	Distretto C <input type="checkbox"/>	Distretto D <input type="checkbox"/>		

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 non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria a ciclo di scelta
- 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 inserito nella graduatoria di medicina generale della Regione / Provincia Autonoma _____ valevole per l'anno 2023 con punti _____ pubblicata sul BUR n. _____ del _____**
- 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 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 tramite

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.*