

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE  
DEGLI INCARICHI RESIDUI DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA  
(ex assistenza primaria) 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 \_\_\_\_\_

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

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'art. 34, comma 12 del vigente A.C.N. e precisamente per le ASL sottoindicate

<b>ASL ROMA</b> Distretto Roma <input type="checkbox"/>	<b>ASL ROMA3</b> Distretto Fiumicino <input type="checkbox"/>					
<b>ASL ROMA 4</b>	Distretto 1 <input type="checkbox"/>	Distretto 2 <input type="checkbox"/>	Distretto 3 <input type="checkbox"/>	Distretto 4 <input type="checkbox"/>		
<b>ASL ROMA 5</b>	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"/>
<b>ASL ROMA 6</b>	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"/>
<b>ASL VITERBO</b>	Distretto A <input type="checkbox"/>	Distretto B <input type="checkbox"/>	Distretto C <input type="checkbox"/>			
<b>ASL LATINA</b>	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"/>	
<b>ASL RIETI</b>	Distretto 1 <input type="checkbox"/>	Distretto 2 <input type="checkbox"/>				
<b>ASL FROSINONE</b>	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 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 di assistenza primaria a ciclo di scelta
- 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.*