

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI ULTERIORI INCARICHI
TERRITORIALI RIMASTI VACANTI DI MEDICO DEL RUOLO UNICO DI
ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA ANNO 2024**

Si specifica che il presente avviso è pubblicato ai sensi dell'art.34 comma 17 dell'ACN MMG 28/04/2022 e l'assegnazione dei posti vacanti è subordinata all'esito della procedura di cui alla pubblicazione nel Supplemento Ordinario al BUR Regione Umbria – Serie Avvisi e concorsi n. 54 del 17/12/2024 .

TAG: SISAC2024

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO da €16,00 _____ _____ _____
--

All' Ufficio Centrale Regionale

PEC: aslumbria2@postacert.umbria.it

Oggetto: DOMANDA ZONA CARENTE AP – II PUBBLICAZIONE SISAC 2024

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

codice fiscale _____ residente a _____

prov. _____ via _____ n. _____ CAP _____

recapiti telefonici _____ / _____

e-mail _____

PEC (obbligatoria) _____

FA DOMANDA

ai sensi dell' art. 34, comma 17 dell'A.C.N.- MMG 28/04/2022, lettera a) e lettera b) in quanto:

[BARRARE LA CASELLA INTERESSATA]

- inserito in graduatoria di Medicina Generale di altra Regione o Provincia Autonoma, valevole per l'anno 2024;**
- in possesso del titolo di formazione specifica in Medicina Generale.**

per l'assegnazione degli ulteriori incarichi territoriali carenti di medico di Ruolo Unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta anno 2024, pubblicati nel S.O. al Bollettino Ufficiale della Regione Umbria – serie Avvisi e Concorsi n. 54 del 17/12/2024, rimasti vacanti a conclusione delle procedure di assegnazione svolte ai sensi dell' art. 34 ACN MMG 28/04/2022 e segnatamente per gli ambiti sotto indicati **(barrare con una X la casella in corrispondenza degli ambiti prescelti, in mancanza di tale indicazione non verrà assegnato alcun ambito):**

AZIENDA USL UMBRIA 1	
DISTRETTO	AMBITO
Alto Tevere	Comune di Umbertide
Alto Tevere	Comune di San Giustino
Alto Tevere	Comune di Pietralunga
Alto Tevere	Ambito distrettuale
Alto Chiascio	Comune di Gubbio
Alto Chiascio	Comuni Fascia Appenninica
Alto Chiascio	Comune di Gualdo Tadino
Perugino	Cds 1 -- Ponte Felcino
Perugino	Cds 3 – San Marco
Perugino	Cds 5 – Castel del Piano
Trasimeno	Cds Trasimeno Sud-Ovest Comune di Castiglione del Lago

AZIENDA USL UMBRIA 2	
DISTRETTO	AMBITO
Distretto Valnerina	con ambulatorio principale nel Comune di Cascia
Distretto Valnerina	con ambulatorio principale nel Comune di Cerreto di Spoleto
Distretto Valnerina	con ambulatorio principale nel Comune di Monteleone di Spoleto
Distretto Valnerina	con ambulatorio principale nel Comune di Norcia
Distretto Valnerina	con ambulatorio principale nel Comune di Preci
Distretto di Spoleto	con ambulatorio principale nel Comune di Spoleto
Distretto di Spoleto	con ambulatorio principale nel Comune di Giano dell'Umbria
Distretto di Foligno	con ambulatorio principale nel Comune di Bevagna
Distretto di Foligno	con ambulatorio principale nel Comune di Gualdo Cattaneo
Distretto di Foligno	con ambulatorio principale nel Comune di Montefalco
Distretto di Terni	con ambulatorio principale nel Comune di Terni
Distretto di Terni	con ambulatorio principale nel Comune di Acquasparta
Distretto di Terni	con ambulatorio principale nel Comune di San Gemini
Distretto di Orvieto	con ambulatorio principale nel Comune di Baschi

AZIENDA USL UMBRIA 2	
DISTRETTO	AMBITO
Distretto Narni/Amelia	con ambulatorio principale nel Comune di Avigliano Umbro
Distretto Narni/Amelia	con ambulatorio principale nel Comune di Narni
Distretto Narni/Amelia	con Comune di Otricoli con ambulatorio secondario nel Comune di Calvi dell'Umbria
Distretto Narni/Amelia	con ambulatorio principale nel Comune di Giove
Distretto Narni/Amelia	comune di Lugnano in Teverina con ambulatorio secondario nel comune di Alviano

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000:

DICHIARA

[BARRARE LE CASELLE INTERESSATE]

- di ESSERE RESIDENTE nel Comune di _____ prov. ____ dal _____;
- di NON ESSERE ATTUALMENTE CONVENZIONATO a tempo indeterminato come medico del ruolo unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta ;
- di AVER CONSEGUITO il Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di _____ il _____ con voto _____/_____ (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110);
- di AVERE CONSEGUITO l'abilitazione all'esercizio professionale in data _____;
- di ESSERE ATTUALMENTE ISCRITTO all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal _____;
- di ESSERE INSERITO NELLA GRADUATORIA DI MEDICINA GENERALE della REGIONE O PROVINCIA AUTONOMA _____ valevole per l'anno 2024 con punti _____ (compilare da parte dei soli candidati inseriti in graduatoria di altra Regione in corso di validità);
- 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 _____ (compilare dai candidati che presentano la domanda in quanto in possesso del solo titolo di formazione specifica in Medicina Generale);

Dichiara inoltre di essere a conoscenza che la procedura di assegnazione degli ambiti territoriali vacanti avverrà secondo le modalità indicate nell'avviso.

Di esprimere consenso al trattamento dei dati personali ai sensi di quanto stabilito nel D.lgs 196/2003 e s.m.i. e nel Regolamento U.E. n. 679/2016.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ c.a.p. _____ prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ **firma per esteso** _____
(non soggetta ad autenticazione)

Si allega in unico file pdf:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Autocertificazione informativa (modulo AP2)
- Modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta dovuta per la presentazione di istanze alla Pubblica Amministrazione (modulo AP3)