

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI ULTERIORI INCARICHI  
TERRITORIALI RIMASTI VACANTI DI MEDICO DEL RUOLO UNICO DI  
ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA 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](mailto:aslumbria2@postacert.umbria.it)

**Oggetto: DOMANDA ZONA CARENTE CA – 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 \_\_\_\_\_

**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 incarichi territoriali carenti di medico di Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad attività oraria 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 – Sede Perugia		
ATTIVITA'	AMBITO TERRITORIALE	
Continuità Assistenziale	Ambito Aziendale	

AZIENDA USL UMBRIA 2 – Sede Terni		
ATTIVITA'	AMBITO TERRITORIALE	
Continuità Assistenziale	Ambito Aziendale	

**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 ad attività oraria;

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:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Autocertificazione informativa (modulo CA2)
- Modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta dovuta per la presentazione di istanze alla Pubblica Amministrazione (modulo CA3).