

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI TERRITORIALI RIMASTI
VACANTI DI MEDICO DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA AD
ATTIVITA' ORARIA ANNO 2024**

**pubblicati nel S.O. al B.U.R. Umbria n. 16 del 09/04/2024
(ai sensi dell'art. 34, comma 17 lettera a) e lettera b)
dell' A.C.N.- MMG del 28/04/2022)**

TAG: SISAC2024

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

All' Ufficio Centrale Regionale

PEC: aslumbria2@postacert.umbria.it

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.16 del 09/04/2024, 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 :	
<input type="checkbox"/>	la propria residenza
<input type="checkbox"/>	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).