**Marca da bollo Allegato A**

**Euro 16,00**

RACCOMANDATA A.R.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL’ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA’ASSISTENZIALE

**(per trasferimento)**

Azienda USL di Imola

Dipartimento Cure Primarie

Viale Amendola, 2

40026 IMOLA

Il sottoscritto Dr...................................................nato a...............................il......................................

residente a..........................................prov.........Via........................................................................

CAP...............tel………..............….... cell......................................................................................

e-mail: ……………………………………………………………………………………………………….

titolare di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall’art.63, comma 2, lett. a) dell’ACN per la medicina generale 23.3.2005 e s.m.i. per l’assegnazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n. 343 del 29 ottobre 2018, come di seguito indicato:

***(riportare il codice tra parentesi che identifica gli incarichi vacanti)***

ASL di.……….…………. n..............n..............n..............n..............n...............n..............n.............

ASL di.……….…………. n..............n..............n..............n..............n...............n..............n.............

ASL di.……….…………. n..............n..............n..............n..............n...............n..............n.............

ASL di.……….…………. n..............n..............n..............n..............n...............n..............n.............

ASL di.……….…………. n..............n..............n..............n..............n...............n..............n.............

ASL di.……….…………. n..............n..............n..............n..............n...............n..............n.............

ASL di.……….…………. n..............n..............n..............n..............n...............n..............n.............

ASL di.……….…………. n..............n..............n..............n..............n...............n..............n.............

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall’art.76 del DPR 445/00, ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 445/00:

DICHIARA

1. 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)*

1. di essere iscritto all’ordine dei Medici di..........................................................................................
2. di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale presso l’Azienda USL di.......................................................della Regione...............................................................

dal........................................(1) *(detratti i periodi di eventuale cessazione dall’incarico ed i periodi di sospensione di cui all’art.18, comma 1 ACN vigente);*

d) di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato nella continuità assistenziale:(1)

dal.........................al..........................presso ASL................................Regione..............................

dal.........................al..........................presso ASL................................Regione..............................

dal.........................al..........................presso ASL................................Regione..............................

dal.........................al..........................presso ASL................................Regione..............................

*(detratti i periodi di eventuale cessazione dall’incarico ed i periodi di sospensione di cui all’art.18, comma 1 ACN vigente)*

e) di svolgere/non svolgere altra attività a qualsiasi titolo nell’ambito del Servizio Sanitario Nazionale, eccezion fatta per incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria con un carico di assistiti inferiore a 650 (*in caso affermativo indicare: AUSL di:.................................................................)*

*L’atto sostitutivo di notorietà per l’accertamento di eventuali posizioni di incompatibilità (Allegato L all’ACN per la medicina generale) è rimandato al momento dell’eventuale assegnazione di incarico).*

DICHIARA INOLTRE

**di essere a conoscenza che la procedura di assegnazione per trasferimento degli incarichi vacanti avverrà il giorno MERCOLEDI’ 27 FEBBRAIO 2019 alle ore 11,00 presso la Regione Emilia-Romagna, SALA CONFERENZE “A” – PIANO AMMEZZATO – viale della Fiera, 8 (Terza torre) – BOLOGNA secondo le modalità indicate nell’avviso e che nessuna comunicazione ulteriore verrà inviata ai fini della convocazione.**

Chiede che ogni eventuale comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo:

.....................................................................................................................

Data Firma (2)

............................ .........................................................

1. - Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità delle dichiarazioni, si invita il medico a trasmettere copia fotostatica del/i certificato/i di servizio di cui eventualmente sia già in possesso.

(2) - La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore. (art.38 del DPR 445/00).

**Marca da bollo Allegato B**

**Euro 16,00**

RACCOMANDATA A.R.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL’ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA’ASSISTENZIALE

**(per graduatoria)**

Azienda USL di Imola

Dipartimento Cure Primarie

Viale Amendola, 2

40026 IMOLA

Il sottoscritto Dr.................................. ...............nato a...............................il......................................

residente a...........................................prov.......…Via........................................................n. .............

CAP...................tel...............................cell......................................................................................

e-mail: …………………………………………………………………………………………………….

iscritto nella **graduatoria regionale per la medicina generale – settore di continuità assistenziale - valevole per l’anno 2018** (pubblicata nel BUR n. 325 – parte terza – del 6 dicembre 2017)

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall’art.63 comma 2, lett.b) dell’ACN per la medicina generale 23.3.2005 e s.m.i. per l’assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n. 343 del 29 ottobre 2018, come di seguito indicato:

***(riportare il codice tra parentesi che identifica gli incarichi vacanti)***

ASL di.……….…………. n..............n..............n..............n..............n...............n..............n.............

ASL di.……….…………. n..............n..............n..............n..............n...............n..............n.............

ASL di.……….…………. n..............n..............n..............n..............n...............n..............n.............

ASL di.……….…………. n..............n..............n..............n..............n...............n..............n.............

ASL di.……….…………. n..............n..............n..............n..............n...............n..............n.............

ASL di.……….…………. n..............n..............n..............n..............n...............n..............n.............

ASL di.……….…………. n..............n..............n..............n..............n...............n..............n.............

ASL di.……….…………. n..............n..............n..............n..............n...............n..............n.............

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall’art.76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47del DPR 445/00:

DICHIARA

1. 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)*

1. di essere iscritto nella graduatoria regionale – settore di continuità assistenziale - valevole per il 2018 con punti………………………........…..
2. di essere residente nel Comune di…………………….prov…........ dal…..................a tutt’oggi (**1**)

*(giorno/mese/anno)*

1. precedenti residenze:

dal………………..al………………………Comune di………….……………..………prov..........…

dal………………..al………………………Comune di…………………………...……prov.........…

dal………………..al………………………Comune di…………………………………prov.........…

dal………………..al………………………Comune di…………………………………prov.........…

1. di essere in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale conseguito presso la Regione…………………………………………………..in data……………………………….**(2)**

DICHIARA INOLTRE

- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale.

Il sottoscritto chiede di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato (*barrare una sola casella; in caso di barratura di entrambe o in mancanza di indicazione della riserva prescelta la domanda non sarà valutata):*

* riserva per i medici in possesso del titolo di formazione in medicina generale – **(2)**
* riserva per i medici in possesso di titolo equipollente.

*L’atto sostitutivo di notorietà per l’accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità (Allegato L all’ACN per la medicina generale) è rimandato al momento dell’eventuale assegnazione di incarico.*

* **di essere a conoscenza che la procedura di assegnazione per graduatoria degli incarichi vacanti avverrà il giorno MERCOLEDI’ 27 FEBBRAIO 2019 alle ore 11,30 presso la Regione Emilia-Romagna, SALA CONFERENZE “A” – PIANO AMMEZZATO – viale della Fiera, 8 (Terza torre) – BOLOGNA secondo le modalità indicate nell’avviso e che nessuna comunicazione ulteriore verrà inviata ai fini della convocazione;**
* di essere a conoscenza che la mancata indicazione nella presente domanda dei dati relativi alla residenza, almeno a decorrere dal 31.01.2015, di cui ai precedenti punti 3 e 4 comporta la non assegnazione dei punteggi aggiuntivi (10 punti per la residenza in ambito regionale e 10 punti per la residenza in ambito aziendale) previsti dall’art. 63 comma 4, lettere b) e c) dell’ACN per la medicina generale 23.3.2005 e s.m.i.

Chiede che ogni eventuale comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo:

.............................................................................................................................................................

Data Firma **(3)**

.................................. .........................................................

1. La residenza deve essere dichiarata almeno a decorrere dal 31.01.2015. La mancata indicazione nella domanda dei dati relativi alla residenza, comporta la non assegnazione dei punteggi aggiuntivi, previsti dall’art.63, comma 4, dell’ACN per la medicina generale 23.3.2005 e s.m.i..
2. I medici inseriti in graduatoria che hanno conseguito il diploma di formazione specifica in medicina generale dopo il 31.01.2017 devono allegare copia del titolo, con dichiarazione che lo stesso è conforme all’originale, al fine di partecipare alla riserva di assegnazione e per l’attribuzione del relativo punteggio.
3. La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore.

**Marca da bollo Allegato C**

**Euro 16,00**

RACCOMANDATA A.R.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL’ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA’ASSISTENZIALE

**(medici che hanno acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente al 31.01.2017 – come specificato al punto c) dell’Allegato n.1)**

Azienda USL di Imola

Dipartimento Cure Primarie

Viale Amendola, 2

40026 IMOLA

Il sottoscritto Dr.................................. ...............nato a...............................il......................................

residente a...........................................prov.......…Via........................................................n. .............

CAP...................tel...............................cell......................................................................................

e-mail: …………………………………………………………………………………………………….

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dalla Norma transitoria n.2 dell’ACN per la medicina generale 21.06.2018, per l’assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n. 343 del 29 ottobre 2018, come di seguito indicato:

***(riportare il codice tra parentesi che identifica gli incarichi vacanti)***

ASL di.……….…………. n..............n..............n..............n..............n...............n..............n.............

ASL di.……….…………. n..............n..............n..............n..............n...............n..............n.............

ASL di.……….…………. n..............n..............n..............n..............n...............n..............n.............

ASL di.……….…………. n..............n..............n..............n..............n...............n..............n.............

ASL di.……….…………. n..............n..............n..............n..............n...............n..............n.............

ASL di.……….…………. n..............n..............n..............n..............n...............n..............n.............

ASL di.……….…………. n..............n..............n..............n..............n...............n..............n.............

ASL di.……….…………. n..............n..............n..............n..............n...............n..............n.............

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall’art.76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47del DPR 445/00:

DICHIARA

1. 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)*

1. di essere iscritto all’Ordine dei Medici di ................................................................................................................................................
2. di aver acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale, relativo al corso triennale 2013/2016 (o precedente, triennio\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_) successivamente al 31.01.2017 presso la Regione…………………………………………………. in data……………………………….
3. di essere residente nel Comune di……………………. prov…........... dal…........................

DICHIARA INOLTRE

**di essere a conoscenza che la procedura di assegnazione degli incarichi vacanti avverrà il giorno MERCOLEDI’ 27 FEBBRAIO 2019 alle ore 12,30 presso la Regione Emilia-Romagna, SALA CONFERENZE “A” – PIANO AMMEZZATO – viale della Fiera, 8 (Terza torre) – BOLOGNA secondo le modalità indicate nell’avviso e che nessuna comunicazione ulteriore verrà inviata ai fini della convocazione;**

*L’atto sostitutivo di notorietà per l’accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità (Allegato L all’ACN per la medicina generale) è rimandato al momento dell’eventuale assegnazione di incarico.*

Chiede che ogni eventuale comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo:

.............................................................................................................................................................

Data Firma

.................................. .........................................................

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore.