**Marca da bollo Allegato D**

**Euro 16,00**

RACCOMANDATA A.R.

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

**(medici con diploma di formazione specifica in medicina generale che hanno frequentato il corso di formazione specifica in medicina generale del triennio 2014-2017)**

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

per l’assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n. 358 del 13 novembre 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 2014/2017 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 15,00 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.**

*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.