**Marca da bollo Allegato D**

 **Euro 16,00**

 RACCOMANDATA A.R.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL’ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA

**(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/la sottoscritto/a Dr.............................................................................................................................

nato/a a...........................................................................................il...................................................

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

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

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

**FA DOMANDA**

per l’assegnazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria 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 ambiti carenti)***

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

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

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

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

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

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

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

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

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

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

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

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

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

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

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

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n............ n...........n…………

 n............ n............ n............ 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 47 del DPR 445/2000:

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)*
2. di essere iscritto all’Ordine dei Medici di............................................................................................................;
3. di aver acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale relativo al corso triennale 2014/2017

presso la Regione ……………………………………………………………………….in data………………………

1. di essere residente nel Comune di…………………..…….……… prov…….. dal……………………..……...............

DICHIARA INOLTRE

**di essere a conoscenza che la procedura di assegnazione degli ambiti territoriali carenti avverrà il giorno GIOVEDI’ 21 FEBBRAIO 2019 alle ore 16,00 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 (art.38 del DPR 445/00).