**Marca da bollo Allegato A**

**Euro 16,00**

RACCOMANDATA A.R.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL’ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERITORIALE

**(per trasferimento)**

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: ……………………………………………………………………………………………………….

titolare di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall’art.7, comma 1, dell’ACN per la medicina generale 21.06.2018 - che richiama l’art.92, comma 6, lett.a) dell’ACN per la medicina generale 23.3.2005 e s.m.i. - per l’assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n….... del.................................. 2019, 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.............

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 emergenza sanitaria territoriale presso l’Azienda USL di...............................................della Regione..........................................................

dal........................................(1)

*(indicare di seguito i periodi di sospensione dall’incarico di cui all’art.18, comma 1 ACN vigente):*

***………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..***

d) di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato nell’emergenza sanitaria territoriale:(1)

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

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

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

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

*(1) (indicare di seguito i periodi di sospensione dall’incarico di cui all’art.18, comma 1 ACN vigente):*

***………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..***

e) di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo determinato nell’emergenza sanitaria territoriale:(1)

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

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

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

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

*(1) (indicare di seguito i periodi di sospensione dall’incarico di cui all’art.18, comma 1 ACN vigente):*

***………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..***

*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 degli incarichi vacanti per trasferimento avverrà il giorno MARTEDI’ 2 LUGLIO 2019 ALLE ORE 9,30 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.**

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 EMERGENZA SANITARIA TERITORIALE

**(per graduatoria)**

Azienda USL di Imola

Dipartimento Cure Primarie

Viale Amendola, 2

40026 IMOLA

Il sottoscritto Dr....................................................................................................................................

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

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

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

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

iscritto nella graduatoria regionale per la medicina generale – settore emergenza sanitaria territoriale - valevole per l’anno 2019 (pubblicata nel BUR n. 82 del 22 marzo 2019)

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall’art.7, comma 1, dell’ACN per la medicina generale 21.06.2018 - che richiama l’art.92, comma 6, lett. b) dell’ACN per la medicina generale 23.3.2005 e s.m.i. - per l’assegnazione degli incarichi vacanti per l’emergenza sanitaria territoriale pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n…....…. del ...................... 2019, 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.............

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 essere iscritto nella graduatoria regionale – settore emergenza sanitaria territoriale - valevole per il 2019 con punti…...........................…..

4) di essere in possesso dell’attestato di idoneità all’esercizio dell’attività di emergenza rilasciato dopo la frequenza dell’apposito corso di formazione previsto dall’96 dell’Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 23.03.2005 e s.m.i,, conseguito presso l’ASL di………………………………..……………………………………………………………

Regione…………………………..…………………………in data………………………………………...

***N.B.: la mancata compilazione di questo punto comporta l’esclusione dalla graduatoria***

‘5) di essere residente nel Comune di…………..………………..….prov.................. dal…..................

6) le seguenti precedenti residenze:

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

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

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

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

(indicare la residenza con giorno/mese/anno almeno a decorrere dal-………………..……….)

7) di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato presso l’ASL………………….………………..…………………della Regione ……………………………………

nel servizio di continuità assistenziale dal…………………………………………………………………;

DICHIARA INOLTRE

- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale.

*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 degli incarichi vacanti per graduatoria avverrà il giorno MARTEDI’ 2 LUGLIO 2019 alle ore 10,00 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;**

**- di essere a conoscenza che la mancata indicazione dei dati e delle informazioni richiesti nel presente modulo può comportare l’impossibilità di attribuire le priorità previste dalla normativa vigente (titolarità di incarico di continuità assistenziale, residenza, ecc.)**

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.

**Marca da bollo Allegato C**

**Euro 16,00**

RACCOMANDATA A.R.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL’ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERITORIALE

**(medici che hanno acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente al 31.01.2018 – 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 a………………………………………...........................il............................................................

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

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

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

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall’art.7, comma 1, dell’ACN per la medicina generale 21.06.2018 - che richiama l’art.92, comma 6, lett. c) dell’ACN per la medicina generale 23.3.2005 e s.m.i. - per l’assegnazione degli incarichi vacanti per l’emergenza sanitaria territoriale pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n…....…. del ...................... 2019, 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.............

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 successivamente al 31.01.2018 presso la Regione…………………………………………………. in data……………………………….

4) di essere in possesso dell’attestato di idoneità all’esercizio dell’attività di emergenza rilasciato dopo la frequenza dell’apposito corso di formazione previsto dall’96 dell’Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 23.03.2005 e s.m.i,,, conseguito presso l’ASL di………………………………..……………………………………………………………

Regione…………………………..…………………………in data………………………………………...

***N.B.: la mancata compilazione di questo punto comporta l’esclusione dalla graduatoria***

5) 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 MARTEDI’ 2 LUGLIO 2019 alle ore 10,30 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.

**Marca da bollo Allegato D**

**Euro 16,00**

RACCOMANDATA A.R.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL’ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERITORIALE

**(medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale)**

**(possono partecipare all’assegnazione di tali incarichi solo i medici iscritti ai corsi di formazione specifica in medicina generale istituiti presso la Regione Emilia-Romagna)**

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**

secondo quanto previsto dall’articolo 9, comma 1, del Decreto Legge n.135/2018, convertito con la Legge n.12/2019, per l’assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n…........ del ............................................. 2019, come di seguito indicato:

***(riportare il codice tra parentesi che identifica gli ambiti carenti)***

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 47 del DPR 445/2000:

DICHIARA

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l’Università di………...................................……………………. in data ……...…………… con voto …….…................; *(specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110)*
2. di essere in possesso dell’abilitazione all’esercizio professionale, conseguita in data ……………………….. o nella sessione n. ….. dell’anno …………….., presso l’Università di …………………………………;
3. di essere iscritto/a all’Albo Professionale dell’Ordine dei Medici della Provincia di ……………………………., dal ……………………………………….;
4. di frequentare

il primo anno

il secondo anno

il terzo anno

del corso di formazione specifica in medicina generale relativo al triennio ……………/…………….. presso la Regione…………………………………………………………………, iniziato in data ………………………

1. di essere in possesso dell’attestato di idoneità all’esercizio dell’attività di emergenza rilasciato dopo la frequenza dell’apposito corso di formazione previsto dall’96 dell’Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 23.03.2005 e s.m.i,,, conseguito presso l’ASL di………………………………..……………………………………………………………

Regione…………………………..…………………………in data………………………………

***N.B.: la mancata compilazione di questo punto comporta l’esclusione dalla graduatoria***

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

DICHIARA INOLTRE

* **di essere a conoscenza che potrà partecipare all’assegnazione di tali incarichi solo se iscritto ai corsi di formazione specifica in medicina generale istituiti presso la Regione Emilia-Romagna**
* **di essere a conoscenza che la procedura di assegnazione degli incarichi vacanti avverrà il giorno MARTEDI’ 2 LUGLIO 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**
* **di aver preso visione dell’informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016.**

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).