

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI RIMASTI VACANTI NELLE ATTIVITA' DI CONTINUITA'
ASSISTENZIALE RILEVATI PER L'ANNO 2021**

(Pubblicati con Determinazione G03464 del 30 Marzo 2021 sul BURL n. 34 suppl. n. 1 del 6 Aprile 2021)
(Medici in graduatoria – Art. 63, comma 15 lettera a ACN)

Regione Lazio
Direzione Regionale Salute e Integrazione
Sociosanitaria
Area GR/39/06
PEC arearisorseumanessr@regione.lazio.legalmail.it

Il sottoscritto dr _____ nato a _____
Prov. _____ Il _____ CF _____ Residente a _____
CAP _____ Via _____
Tel _____ cell. _____ e-mail _____
PEC _____

ai sensi dell'art. 63, comma 15 del vigente Accordo Collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale

inserito in graduatoria di Medicina Generale di altra Regione e/o Provincia Autonoma, valevole per l'anno 2021;

FA DOMANDA

per l'assegnazione degli incarichi vacanti di medico di Continuità Assistenziale relativi all'anno 2021, pubblicati nel Supplemento Ordinario al Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. 34 supplemento 1 del 6 aprile 2021, rimasti ancora vacanti a conclusione delle procedure di assegnazione svolte ai sensi dell'art. 6, comma 3, lettere a), b) e c) del vigente A.C.N. – MMG 21/06/2018 e segnatamente per le ASL sotto indicate

<input type="checkbox"/> ASL ROMA 1	<input type="checkbox"/> ASL ROMA 2	<input type="checkbox"/> ASL ROMA 3	<input type="checkbox"/> ASL ROMA 4
<input type="checkbox"/> ASL ROMA 5	<input type="checkbox"/> ASL ROMA 6	<input type="checkbox"/> ASL FROSINONE	<input type="checkbox"/> ASL LATINA
<input type="checkbox"/> ASL RIETI	<input type="checkbox"/> ASL VITERBO		

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'articolo 76 del D.P.R. n. 445/2000, e degli effetti amministrativi previsti dall'articolo 75 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt.46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

- Di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato nelle attività di continuità assistenziale;

- 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)
- di aver conseguito l'abilitazione professionale nella sessione _____ presso l'Università _____;
- di essere iscritto all'Ordine dei medici di _____ dal _____
- **di essere inserito nella graduatoria di medicina generale della Regione / Provincia Autonoma _____ valevole per l'anno 2021 con punti _____ pubblicata sul BUR n. _____ del _____**
- 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 _____ ;
- di essere residente nel Comune di _____ prov. ____ dal _____
- di essere residente nel territorio della ASL _____ con decorrenza _____
- di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679.

Chiede che ogni comunicazione in merito, compresa la eventuale convocazione, venga indirizzata tramite

PEC _____

Allega alla presente fotocopia del documento di riconoscimento _____
n. _____ rilasciato il _____ da _____

Data _____

firma per esteso (*)

(*) Ai fini della validità la domanda deve essere debitamente sottoscritta - la firma non è soggetta ad autenticazione se presentata unitamente a fotocopia di un documento di identità del dichiarante in corso di validità.