

REGIONE LAZIO
 DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI MEDICO
 DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA ANNO 2025
 Graduatoria

Regione Lazio
 Direzione Regionale Salute ed Integrazione
 Sociosanitaria - Area GR/39-06
 Via R. R. Garibaldi, 7
 00145 Roma

Il/la sottoscritto/a Dott. _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____ M F

CF _____ residente a _____ prov. _____

Via _____ n. _____ CAP _____

tel. _____ Cell. _____ E-mail _____

Fa domanda secondo quanto previsto dall'art. 34, c. 5, lett. b) dell'ACN per la medicina generale, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria anno 2025 pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. _____ del _____, per le seguenti ASL e distretti: (barrare la casella corrispondente dei distretti interessati)

ASL ROMA 1	D 1 <input type="checkbox"/>	D 2 <input type="checkbox"/>	D 3 <input type="checkbox"/>	D 13 <input type="checkbox"/>	D 14 <input type="checkbox"/>	D 15 <input type="checkbox"/>
ASL ROMA 2	D 4 <input type="checkbox"/>	D 5 <input type="checkbox"/>	D 6 <input type="checkbox"/>	D 7 <input type="checkbox"/>	D 8 <input type="checkbox"/>	D 9 <input type="checkbox"/>
ASL ROMA 3	D 10 <input type="checkbox"/>	D 11 <input type="checkbox"/>	D 12 <input type="checkbox"/>			
ASL ROMA 3	Distretto Fiumicino <input type="checkbox"/>					
ASL ROMA 4	D 1 <input type="checkbox"/>	D 2 <input type="checkbox"/>	D 3 <input type="checkbox"/>	D 4 <input type="checkbox"/>		
ASL ROMA 5	D 1 <input type="checkbox"/>	D 2 <input type="checkbox"/>	D 3 <input type="checkbox"/>	D 4 <input type="checkbox"/>	D 5 <input type="checkbox"/>	D 6 <input type="checkbox"/>
ASL ROMA 6	D 1 <input type="checkbox"/>	D 2 <input type="checkbox"/>	D 3 <input type="checkbox"/>	D 4 <input type="checkbox"/>	D 5 <input type="checkbox"/>	D 6 <input type="checkbox"/>
ASL VITERBO	D A <input type="checkbox"/>	D B <input type="checkbox"/>	D C <input type="checkbox"/>			
ASL LATINA	D 1 <input type="checkbox"/>	D 2 <input type="checkbox"/>	D 3 <input type="checkbox"/>	D 4 <input type="checkbox"/>	D 5 <input type="checkbox"/>	
ASL RIETI	D 1 <input type="checkbox"/>	D 2 <input type="checkbox"/>				
ASL FROSINONE	D A <input type="checkbox"/>	D B <input type="checkbox"/>	D C <input type="checkbox"/>	D D <input type="checkbox"/>		

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

- 1) di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università di _____ in data _____ con voto ____/110 o ____/100;
- 2) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data _____;
che il Diploma di Laurea di cui al punto precedente è titolo abilitante ai sensi dell'art. 102 del D.L 18/2020 convertito con modificazioni dalla L. 24 aprile 2020, n. 27;
- 3) di essere iscritto/a all'Albo Professionale dell'Ordine dei Medici della Provincia di _____, dal _____;
- 4) di essere inserito nella graduatoria regionale di Medicina Generale, di cui all'art. 19 dell'ACN MMG, della Regione Lazio, valevole per l'anno 2025, con punteggio _____;
- 5) di essere residente nella Regione Lazio con decorrenza dal _____(1)
- 6) di essere residente nel Comune di _____ con decorrenza _____ (1)
- 7) di essere residente nel territorio della ASL _____ con decorrenza _____ (1)
- 8) di essere residente nel distretto _____ con decorrenza _____(1)
- 9) Eventuali precedenti residenze:
dal _____ al _____ Comune di _____ AUSL _____
dal _____ al _____ Comune di _____ AUSL _____
dal _____ al _____ Comune di _____ AUSL _____

(1) i dati devono essere relativi alla residenza devono essere posseduti almeno a decorrere dal 31/01/2022 e mantenuto fino all'attribuzione dell'incarico, pena la non attribuzione dei punti aggiuntivi.

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'articolo 34, comma 14 e 16 del vigente ACN per la medicina generale, di potere accedere alla riserva di assegnazione come appresso indicato (barrare una sola casella):

- Riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale;
- Riserva per i medici in possesso del titolo equipollente;

di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e/o a rapporto orario

Il/La sottoscritto/a, dichiara di eleggere il proprio domicilio digitale con P.E.C. _____ alla quale inviare ogni comunicazione in merito alla presente procedura, e si impegna a comunicare immediatamente ogni eventuale variazione che dovesse intervenire rispetto alla presente dichiarazione e dichiara di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali di cui all'allegato F del presente avviso.

Data _____

firma per esteso (*)

(*) Ai fini della validità la domanda deve essere debitamente sottoscritta - la firma non è soggetta ad autenticazione se presentata unitamente alla fotocopia di un documento di identità del dichiarante in corso di validità - e allegato il modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta di bollo (all: E)