

REGIONE LAZIO

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI MEDICO
DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA ANNO 2025

ai sensi della lettera e) o f) dell'avviso

Medici di cui all'art. 9, comma 1, del D. Legge n. 135/2018, convertito con la Legge n. 12/2019 e ss.mm.ii. e medici ai sensi dell'art. 12, comma 3, del D. Legge n. 35/2019, convertito con la Legge n. 60/2019 e ss.mm.ii. che frequentano il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione Lazio

Regione Lazio

Direzione Regionale Salute ed Integrazione

Sociosanitaria - Area GR/39-06

Via R. R. Garibaldi n. 7

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 ai sensi di quanto previsto dall'articolo 34, comma 5, lettera e) e lettera f) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, all'assegnazione degli incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria - anno 2025, di cui all'avviso pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. _____ del _____ e segnatamente per le seguenti ASL e distretti:

(barrare la casella corrispondente dei distretti interessati):

ASL ROMA 1	D 1 ☐	D 2 ☐	D 3 ☐	D 13 ☐	D 14 ☐	D 15 ☐
ASL ROMA 2	D 4 ☐	D 5 ☐	D 6 ☐	D 7 ☐	D 8 ☐	D 9 ☐
ASL ROMA 3	D 10 ☐	D 11 ☐	D 12 ☐			
ASL ROMA 3	Distretto Fiumicino ☐					
ASL ROMA 4	D 1 ☐	D 2 ☐	D 3 ☐	D 4 ☐		
ASL ROMA 5	D 1 ☐	D 2 ☐	D 3 ☐	D 4 ☐	D 5 ☐	D 6 ☐
ASL ROMA 6	D 1 ☐	D 2 ☐	D 3 ☐	D 4 ☐	D 5 ☐	D 6 ☐
ASL VITERBO	D A ☐	D B ☐	D C ☐			
ASL LATINA	D 1 ☐	D 2 ☐	D 3 ☐	D 4 ☐	D 5 ☐	
ASL RIETI	D 1 ☐	D 2 ☐				
ASL FROSINONE	D A ☐	D B ☐	D C ☐	D D ☐		

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 partecipare ai sensi della lettera e) dell'avviso: medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 e ss.mm.ii (Decreto Semplificazioni).

Pertanto, dichiara di frequentare: ☐ il terzo anno ☐ il secondo anno ☐ il primo anno del corso di formazione specifica in medicina generale relativo al triennio ____/____ istituito presso la Regione Lazio – data di inizio della frequenza del corso: ____ area didattica _____

☐ di partecipare, ai sensi della lettera f) dell'avviso: medici ai sensi dell'art. 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60 e ss.mm.ii (Decreto Calabria).

Pertanto, dichiara di frequentare: ☐ il terzo anno ☐ il secondo anno ☐ il primo anno del corso di formazione specifica in medicina generale relativo al triennio ____/____ istituito presso la Regione Lazio – data di inizio della frequenza del corso: ____ area didattica _____

- 5) di non essere già titolare di incarico temporaneo di assistenza primaria a ciclo di scelta
- 6) di essere residente nel Comune di _____ dal _____
nella ASL _____ distretto _____ dal _____
nella Regione _____ dal _____

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)