

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE  
DEGLI INCARICHI RESIDUI DI ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA  
(ex continuità assistenziale) RILEVATI PER L'ANNO 2022**

(Medici in possesso dell'attestato di Formazione specifica in medicina generale – Art. 34, comma 17 lettera b ACN)

Regione Lazio  
Direzione Regionale Salute e Integrazione  
Sociosanitaria  
Area GR/39/06  
PEC [arearisorseumanessr@regione.lazio.legalmail.it](mailto: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. 34, comma 17 del vigente Accordo Collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale

**in possesso del titolo di formazione specifica in Medicina Generale** (non inseriti nelle graduatorie valide per l'anno 2022)

**FA DOMANDA**

per l'assegnazione degli incarichi vacanti di medico di assistenza primaria ad attività oraria (ex continuità Assistenziale) relativi all'anno 2022, già pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. 45 del 26 maggio 2022, rimasti ancora vacanti a conclusione delle procedure di assegnazione svolte ai sensi dell'art. 34, comma 12 del vigente A.C.N. e precisamente per le ASL sotto indicate

<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 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 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 non essere titolare di incarico a tempo indeterminato nelle attività di continuità assistenziale;
- 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 al seguente indirizzo

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.*