

AZIENDA USL UMBRIA2

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA AZIENDALE DI MEDICI ASPIRANTI AL CONFERIMENTO DI EVENTUALI INCARICHI PROVVISORI, A TEMPO DETERMINATO O ALL'AFFIDAMENTO DI SOSTITUZIONI NELL'AMBITO DELLA MEDICINA GENERALE (RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA E AD ATTIVITA' ORARIA, EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE – 118, ASSISTENZA PRESSO GLI ISTITUTI PENITENZIARI)
VALIDA PER L'ANNO 2024**

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO

All'Azienda U.S.L. Umbria 2
Direzione Amministrazione Medicina
Convenzionata Territoriale Specialistica
Via D. Bramante,37
05100 Terni
PEC: aslumbria2@postacert.umbria.it

Marca da bollo
€ 16,00

Il/La sottoscritto/a Dr/Dr.ssa _____ nato/a _____ Prov.(____)
il ____/____/____ Cod. Fiscale _____
Comune di residenza _____ Prov.(____)
indirizzo _____ n _____ CAP _____
Recapiti telefonici _____
e-mail _____ PEC _____

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare all'avviso pubblico per la formazione di una graduatoria aziendale di medici aspiranti al conferimento di eventuali di incarichi provvisori o all'affidamento di sostituzioni nell'ambito della Medicina Generale valida per l'anno 2024 per il/i settore/i di seguito indicati:

(barrare con una ☒ l'incarico o gli incarichi che interessa o interessano)

- ☐ - Medico del ruolo unico di Assistenza Primaria a ciclo di scelta (ex Assistenza Primaria)
- ☐ - Medico del ruolo unico di Assistenza Primaria ad attività oraria (ex Continuità Assistenziale)
- ☐ - Emergenza Sanitaria Territoriale - 118 (in possesso dell'attestato di idoneità di cui all'art. 66 dell'ACN vigente)
- ☐ - Assistenza presso gli Istituti Penitenziari

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni previste in caso di dichiarazioni non veritiere dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

1) di essere nato/a il _____ a _____ prov. _____;

- 2) di essere residente in _____ Via/Piazza _____ n. civico _____;
- 3) di essere in possesso di Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____/_____;
(per i titoli conseguiti nei paesi extra Unione Europea, indicare la data del riconoscimento del titolo in Italia da parte del Ministero della Salute: _____)
- 4) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale il ____/____/____ a _____;
- 5) di essere inserito nella Graduatoria Regionale di Medicina Generale della Regione _____ valida per l'anno 2024 al n. _____ con punti _____;
- 6) di essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale di cui al D.L.vo n.256/91 ed al D.L.vo n. 368/99 come modificato dal D.L.vo n. 277/2003, conseguito il ____/____/____ presso la Regione _____;
- 7) di essere iscritto all'Albo Professionale dei medici della provincia di _____ dal ____/____/____ e che non sussistono provvedimenti disciplinari a proprio carico;
- 8) essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al D.Lgs. 256/91 ed al D.Lgs. 368/99 come modificato dal D.Lgs. n. 277/2003, presso la **Regione Umbria** -Triennio
____/____ frequentante ☐ Prima annualità ☐ Seconda annualità ☐ Terza annualità;
- 9) essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale di cui, all'art. 12, comma 3, del D.L. 30/04/2019 n.35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25/06/2019 n. 60 presso la **Regione Umbria**, **tramite graduatoria riservata** - Triennio ____/____ frequentante ☐ Prima annualità ☐ Seconda annualità ☐ Terza annualità;
- 10) essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al D.Lgs. 256/91 ed al D.Lgs. 368/99 come modificato dal D.Lgs. n. 277/2003 presso la **Regione** _____ Triennio ____/____ frequentante ☐ Prima annualità ☐ Seconda annualità ☐ Terza annualità;
- 11) di essere iscritto al corso di specializzazione in _____ c/o Università di _____ dal _____ al (termine previsto) _____;
- 12) di aver conseguito l'attestato d'idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale - 118 (art. 66 ACN vigente) in data _____ a seguito di apposito corso tenuto dalla ASL di _____ della Regione _____;
- 13) di essere titolare di incarico "temporaneo" quale medico di medicina generale convenzionato per il settore di _____ ai sensi dell'art. 9, comma 1, del Decreto Legge n. 135/2018, convertito in Legge n. 12/2019);

- 14)** di essere titolare di borsa di studio in _____ presso
l'Università di _____;
- 15)** di avere/non avere subito provvedimenti di revoca o decadenza del rapporto convenzionale di MMG di cui
all'art. 24, commi 2 e 3, e all'art. 25, comma 11, lettere c) e d), ACN-MMG 28/04/2022
(in caso affermativo specificare la data di irrogazione effettiva della sanzione o la data di decadenza del
rapporto convenzionale) _____;
- 16)** di non trovarsi nelle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 21, del vigente ACN per la disciplina
dei rapporti con i medici di medicina generale.

chiede che ogni comunicazione venga indirizzata: ☐ alla propria residenza ☐ al domicilio:

c/o _____ Comune _____ prov. (_____)
indirizzo _____ n. _____ cap _____

Data _____

Firma _____
(non soggetta ad autenticazione)

Si allega:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Informativa ai fini del Codice in Materia di Protezione dei Dati Personali, debitamente sottoscritta;
- Modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta dovuta per la presentazione di istanze della Pubblica Amministrazione.