

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA AZIENDALE U.S.L. UMBRIA N.1 DI MEDICI ASPIRANTI AL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI NEL SERVIZIO EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE -118

Marca da bollo
€ 16,00

RACCOMANDATA A/R

**All'Azienda U.S.L. Umbria 1
Ufficio Convenzioni
Via G. Matteotti, 123
06059 Todi (PG)**

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

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare all'avviso pubblico per la formazione di una graduatoria aziendale per l'attribuzione di incarichi provvisori e/o di sostituzione nel Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale -118, **pubblicato sul BUR della Regione Umbria n. 47 del 07/11/2017;**

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 (1)

DICHIARA

1) 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: _____)

2) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale il ____/____/____ a _____;

- 3) di essere/non essere inserito nella graduatoria regionale dell'Umbria per la **Medicina Generale anno 2017 - settore EST** al n. _____ con punti _____;
- 4) di essere in possesso **del titolo abilitante all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale**, ai sensi dell'art.92, comma 4 e 96 dell'ACN 23/03/2005 e s.m.i. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, stipulato ai sensi dell'art.8 del D.Lgs n.502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni, **conseguito in data** ____/____/____ **presso** _____;
- 5) di essere iscritto presso l'Ordine dei Medici della provincia di _____ dal ____/____/____ e che non sussistono provvedimenti disciplinari a proprio carico;
- 6) di essere/non essere iscritto al corso 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, presso la Regione _____ Triennio ____/____;
- 7) di essere/non essere iscritto al corso di specializzazione in _____ c/o Università di _____ inizio corso _____ fine corso (termine previsto) _____;
- 8) di essere/non essere titolare di borsa di studio in _____ c/o Università di _____;
- 9) di avere/non avere subito provvedimenti di revoca o decadenza del rapporto convenzionale di MMG ai sensi degli art.30,c. 7, lett. C) e art. 19, c. 2 – ACN MMG 23/03/2005 e s.m.i. (in caso affermativo specificare la data di irrogazione effettiva della sanzione o la data di decadenza del rapporto convenzionale) _____;
- 10) di essere/non essere titolare di patente di guida di categoria B o superiore.

chiede che ogni comunicazione venga indirizzata: **alla propria residenza** **al domicilio:**
 c/o _____ Comune _____ prov. (____)
 indirizzo _____ n. _____ cap _____

Data _____

Firma _____
 (non soggetta ad autenticazione)

(1) ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.