

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE  
ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE  
(PER GRADUATORIA O NORMA TRANSITORIA N. 2 ACN 21/06/2018)

All'ASP \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_ il \_\_\_\_\_ M \_\_\_ F \_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ a far data dal \_\_\_\_\_

Azienda Sanitaria di residenza \_\_\_\_\_ e residente nel territorio

della Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

n. Tel. \_\_\_\_\_ P.e.c. \_\_\_\_\_ (obbligatoria – leggibile)

inserito nella graduatoria regionale di settore di cui all'articolo 15 dell'ACN per la Medicina Generale, laureato il \_\_\_\_\_, con voto \_\_\_\_\_,

FA DOMANDA

di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_,

secondo quanto previsto dall'articolo 63, comma 2, lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti, per la continuità assistenziale;

secondo quanto previsto dalla norma transitoria n. 2 ACN 21/06/2018 ACN 21/07/2018,

a) Tutti gli incarichi vacanti pubblicati SI NO (barrare ciò che interessa)

o

b) Tutti gli incarichi vacanti pubblicati relativi al Distretto Sanitario o Area Territoriale \_\_\_\_\_

o

c) Solo per i seguenti incarichi vacanti: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'articolo 16, comma 7 e comma 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale, di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato (barrare una sola casella; in caso di barratura di entrambe le caselle o mancata indicazione della riserva prescelta, la domanda non potrà essere valutata):

- a) riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 o 277/2003 (articolo 16, comma 7, lettera a)
- b) riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (articolo 16, comma 7, lettera b).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga trasmessa all'indirizzo P.e.c. \_\_\_\_\_.

Allega alla presente:

- certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva, resa ai sensi della L. 445/2000 sulla residenza storica;
- documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva** atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi della norma transitoria n. 2 dell'ACN 21/06/2018.
- documento di riconoscimento debitamente firmato;

allegati n. \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) documenti.

Data \_\_\_\_\_ firma per esteso \_\_\_\_\_