

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA AZIENDALE U.S.L.
UMBRIA 1 DI MEDICI ASPIRANTI AL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI E DI
SOSTITUZIONE NEL SERVIZIO DI **CONTINUITA' ASSISTENZIALE****

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 di sostituzione per l'effettuazione di servizio attivo e reperibilità nel settore della Continuità Assistenziale pubblicato sul sito internet aziendale (www.uslumbria1.gov.it) nella Sezione "**Albo Pretorio**" → **Pubblicazioni in corso** → **Avvisi, Concorsi, Mobilità, Graduatorie, Comunicazioni, Informazioni complementari.**

presso:

- ☐ i Distretti Sanitari
- ☐ la Casa Circondariale di Perugia (Sanità Penitenziaria)

(N.B. barrare con una "X" la/le casella/e interessata/e)

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 2020 - settore CA – SEZIONE “A”** al n. _____ con punti _____;

4) di essere/non 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** ____/____/____ **c/o la Regione** _____;

5) di essere iscritto presso l'albo professionale dei medici della provincia di _____ dal ____/____/____ e che non sussistono provvedimenti disciplinari a proprio carico;

6) 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 Umbria** - Triennio ____/____ frequentante ☐ Prima annualità ☐ Seconda annualità ☐ Terza annualità;

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