

ALL. A

MARCA DA BOLLO € 14,62

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI NELLE ATTIVITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
(per trasferimento)**

RACCOMANDATA A/R

Regione Lazio
Dipartimento Programmazione Economica e Sociale
Direzione Programmazione e Risorse del S.S.R.
Area DB/07/11
Via R. R. Garibaldi, 7
00145 Roma

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
prov. _____ il _____ M F codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____ CAP _____
tel. _____ residente nella AUSL _____ dal _____ residente nel territorio della Regione
_____ dal _____, titolare di incarico a tempo indeterminato per la continuità assistenziale presso
la AUSL _____ della Regione _____ dal _____ e con anzianità complessiva di continuità
assistenziale pari a mesi _____,

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'articolo 63, comma 2, lettera a) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale, per
l'assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n.
_____ del _____, e segnatamente per le seguenti AUSL:

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione (ai sensi dell'art. 46 del T.U. - D.P.R. 28/12/2000 n. 445) atta a
comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'articolo 63, comma 2, lettera a) del D.P.R. 270/2000 e l'anzianità complessiva
di incarico in continuità assistenziale.
allegati n. _____ (_____) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
 il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ prov. _____
indirizzo _____ n. _____

Data _____ *firma per esteso*(*) _____

(*) Ai fini della validità, la domanda deve essere debitamente sottoscritta - la firma non è soggetta ad autenticazione - allegare fotocopia di un documento di identità del dichiarante.

**MARCA
DA
BOLLO
€ 14,62**

ALL. B

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI NELLE ATTIVITA' DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE.
(per graduatoria)**

RACCOMANDATA A/R

Regione Lazio
Dipartimento Programmazione Economica e Sociale
Direzione Programmazione e Risorse del S.S.R.
Area DB/07/11
Via R. R. Garibaldi , 7
00145 Roma

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
Prov. _____ il _____ M F codice fiscale _____
Residente a _____ Provincia. _____ Via _____
n. _____ C.A.P. _____ tel. _____ residente nella AUSL _____
dal _____ e residente nel territorio della Regione _____
dal _____ inserito nella graduatoria regionale definitiva di settore valida per l'anno 2011 laureato il _____
con voto _____

FA DOMANDA

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 pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. _____ del _____ e segnatamente per le seguenti AUSL:

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

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

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
 il seguente domicilio: c/o _____ Comune _____ prov. _____
CAP _____ indirizzo _____

Il sottoscritto dichiara inoltre di non essere già titolare di incarico a tempo indeterminato nelle attività di continuità assistenziale .

Allega alla presente il certificato storico di residenza o l'autocertificazione del requisito di residenza (ai sensi dell'art. 46 del T.U.- D.P.R. 28/12/2000 n. 445), nonché la fotocopia del documento di riconoscimento n.
tipo..... rilasciato il da.....

Data _____

Firma per esteso(*) _____

(*) Ai fini della validità, la domanda deve essere debitamente sottoscritta – la firma non è soggetta ad autenticazione - allegare fotocopia di un documento di identità del dichiarante.

ALL A/I

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E/O DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 46 e 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il sottoscritto dr. _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

e residente in _____

via _____ n. _____ c.a.p. _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

1) di essere titolare di incarico (1) a tempo indeterminato nelle attività di continuità assistenziale presso la AUSL _____ della Regione _____ dal _____ (2)

2) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato nelle attività di continuità assistenziale dal _____ con un'anzianità complessiva di servizio effettivo nella continuità assistenziale o ex guardia medica in qualità di incaricato a tempo indeterminato pari a mesi _____ (2)

3) di avere un'anzianità di servizio effettivo nella continuità assistenziale o ex guardia medica nell'incarico di provenienza (1) pari a mesi _____

4) di svolgere/non svolgere altra attività a qualsiasi titolo nell'ambito del SSN, eccezion fatta per incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria o pediatria di base con carico di assistiti rispettivamente inferiori a 650 o 350 (in caso affermativo specificare l'attività) _____

5) di essere iscritto all'ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della provincia di _____ dal _____

Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi della vigente normativa, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma per esteso del dichiarante

DATA _____

- 1) Incarico da cui si chiede il trasferimento.
2) Per accelerare le procedure di controllo il medico può trasmettere fotocopia del/i certificato/i di servizio di cui sia in possesso.
3) La dichiarazione deve essere debitamente sottoscritta -- la firma non è soggetta ad autenticazione se presentata unitamente a fotocopia di un documento di identità del dichiarante.

ALL. B/1

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E/O DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 46 e 47 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il sottoscritto dr. _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

e residente nel comune di _____

via _____ n. _____ c.a.p. _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

- 1) Di non essere già titolare di incarico a tempo indeterminato nelle attività di continuità assistenziale.
- 2) Di essere residente nella Regione Lazio con decorrenza dal _____(1)
- 3) Di essere residente nel comune di _____ con decorrenza _____(1)
- 4) Di essere residente nel territorio della AUSL _____ con decorrenza _____(1)

Eventuali precedenti residenze :

dal _____	al _____	Comune di _____	AUSL _____
dal _____	al _____	Comune di _____	AUSL _____
dal _____	al _____	Comune di _____	AUSL _____
dal _____	al _____	Comune di _____	AUSL _____

- 4) di aver conseguito il Diploma di laurea in data _____ con voto _____
- 5) di essere inserito nella graduatoria regionale definitiva di settore valida per l'anno 2011 con punti _____
- 6) di essere iscritto all'ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della provincia di _____ dal _____

Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi della vigente normativa, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

DATA _____

IL DICHIARANTE (2)

- 1) Indicare giorno/mese/anno. Ai fini dell'attribuzione dei punteggi aggiuntivi, il requisito della residenza deve essere posseduto almeno dal 31/1/2008 e mantenuto fino all'attribuzione dell'incarico, in caso di mancata o incompleta dichiarazione i punteggi non potranno essere attribuiti.
- 2) La dichiarazione deve essere debitamente sottoscritta - la firma non è soggetta ad autenticazione se presentata unitamente a fotocopia di un documento di identità del dichiarante.