

**MODALITA' E DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO TEMPORANEO NELL'AMBITO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA:**

1) I medici destinatari della norma di cui all'art. 9, comma 1, del Decreto Legge n. 135/2018 convertito con Legge 12/2019, che risultano iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale, possono presentare alle ASL competenti per territorio, che hanno disponibili gli incarichi vacanti, domanda in bollo - Euro 16,00 - a mezzo PEC (\*) nel rispetto dell'art. 65, comma 1 del D.Lgs 82/2005, secondo lo schema 1), entro 20 giorni dalla data di pubblicazione della presente Determinazione sul B.U.R.P.

2) I medici destinatari della norma di cui all'art. 12, comma 3, del Decreto Legge n. 35/2019, convertito con Legge n. 60/2019, che risultano iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale, possono presentare alle ASL competenti per territorio, che hanno disponibili gli incarichi vacanti, domanda in bollo - Euro 16,00 - tramite PEC (\*) nel rispetto dell'art. 65, comma 1 del D.Lgs. 82/2005, secondo lo schema 2), entro 20 giorni dalla data di pubblicazione della presente Determinazione sul B.U.R.P.

(\*) *L'inoltro della PEC va effettuato esclusivamente da PEC personale del concorrente. La domanda deve essere scansionata - formato pdf -, e deve risultare evidente l'annullamento della marca da bollo: si consiglia di barrare la marca in modo che il tratto tracciato dalla penna fuoriesca dalla medesima proseguendo sulla parte bianca del foglio.*

Marca da bollo

Euro16,00

## Schema 1)

All' Azienda Sanitaria Locale

.....  
PEC.....

### **DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA secondo L'ACN MMG 21 giugno 2020**

**Per i medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale ai sensi del Decreto Legge n.135/2018 convertito con modificazioni dalla L. 12/2019**

Il/La sottoscritto/a.....nato/a  
a.....il.....residente a.....  
Via.....Prov.....dal.....  
telefono n. ....PEC.....

#### **presenta domanda**

secondo quanto previsto dall'articolo 9, comma 1, del Decreto Legge n.135/2018, convertito con Legge n.12/2019, per il conferimento dell'incarico di titolarità nel Servizio di **ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA** presso codesta Azienda Sanitaria Locale, sulla base degli incarichi vacanti (pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte n. ....del .....

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art.76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000:

#### **dichiara**

- di aver conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia in data .....all'età di anni .....con voto di laurea.....;
- di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici di.....;
- di frequentare il corso di formazione specifica in medicina generale relativo al corso triennale ...../..... presso la Regione Piemonte.....  
iniziato in data.....  
 1° anno  
 2° anno  
 3° anno
- di essere residente nel Comune di..... prov..... dal.....
- di avere/non avere (1) presentato domanda ad altre Aziende Sanitarie Locali per il conferimento d'incarico nell'Assistenza primaria ad attività oraria:

A.S.L. ....  
A.S.L. ....  
A.S.L. ....  
A.S.L. ....(etc, etc)

**dichiara inoltre**

di essere a conoscenza che la partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA è consentita solo in caso di iscrizione al corso di formazione specifica in medicina generale tenuto dalla Regione Piemonte.

Chiede che ogni eventuale comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo PEC:

.....

In fede

Data .....

.....

Firma per esteso

Allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del/la sottoscrittore/trice.

(1)Cancellare la parte che non interessa.

## Schema 2)

Marca da bollo

Euro16,00

All'Azienda Sanitaria Locale

.....  
PEC.....

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA secondo l'ACN MMG 21 giugno 2020  
Per i medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale ai sensi del Decreto Legge n. 35/2019 convertito con modificazioni dalla L. 60/2019**

Il/La sottoscritto/a .....nato/a a.....  
.....il.....residente a.....  
Via.....Prov.....dal.....  
telefono n. ....PEC.....

### presenta domanda

secondo quanto previsto dall'articolo 9, comma 1, del Decreto Legge n.35/2019, convertito con la Legge n.12/2019, per il conferimento dell'incarico di Titolarità nel Servizio di ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA presso codesta Azienda Sanitaria Locale, sulla base degli incarichi vacanti (pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte n. ....del .....

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art.76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000:

### dichiara

- di aver conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia in data .....all'età di anni .....con voto di laurea.....;
- di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici di.....;
- di frequentare il corso di formazione specifica in medicina generale relativo al corso triennale ...../..... presso la Regione Piemonte.....  
iniziato in data.....  
 1° anno  
 2° anno  
 3° anno

- di essere residente nel Comune di..... prov..... dal.....

- di avere/non avere (1) presentato domanda ad altre Aziende Sanitarie Locali per il conferimento d'incarico nella ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA:

A.S.L. ....

A.S.L. ....

A.S.L. ....

A.S.L. ....(etc, etc)

**dichiara inoltre**

di essere a conoscenza che la partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA è consentita solo in caso di iscrizione al corso di formazione specifica in medicina generale tenuto dalla Regione Piemonte.

Chiede che ogni eventuale comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo PEC:

.....

In fede

Data .....

.....

Firma per esteso

Allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del/la sottoscrittore/trice.

(1)Cancellare la parte che non interessa.