

MODALITA' E DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO TEMPORANEO NELL'AMBITO DEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

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 a mezzo raccomandata AR oppure tramite PEC (*) nel rispetto dell'art. 65, comma 1 del D-Lgs82/2005, secondo lo schema 1**, **entro 20 giorni dalla data di pubblicazione** della presente Determinazione sul B.U.R.P. (fa fede la data del timbro postale).

I **medici** destinatari della norma si 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 a mezzo raccomandata AR oppure tramite PEC (*) nel rispetto dell'art. 65, comma 1 del D-Lgs82/2005, secondo lo schema 2**, **entro 20 giorni dalla data di pubblicazione** della presente Determinazione sul B.U.R.P. (fa fede la data del timbro postale).

Il conferimento di ciascun incarico, di cui al presente avviso, pubblicato in previsione di pensionamento del titolare, è subordinato all'effettiva cessazione del medico che potrebbe rimanere in servizio oltre la data di pensionamento, per il periodo di emergenza COVID-19, di cui alla Delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020.

() 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 € 16

RACCOMANDATA A.R.

Al Direttore Generale
dell'Azienda Sanitaria Locale

.....
.....

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI
CONTINUITA' ASSISTENZIALE secondo 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 sottoscritto nato
a.....il.....residente a.....
Via.....Prov.....dal.....
telefono n.e-mail.....

presenta domanda

secondo quanto previsto dall'articolo 9, comma 1, del Decreto Legge n.135/2018, convertito con la Legge n.12/2019, per il conferimento dell'incarico di Titolarità nel Servizio di Continuità Assistenziale 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 dataall'età di annicon voto di laurea.....;
- di essere iscritto 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 Continuità Assistenziale:

A.S.L. n.di.....

A.S.L. n.di.....

A.S.L. n.di.....

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

- dichiara di essere consapevole che il conferimento di ciascun incarico, di cui al presente avviso, pubblicato in previsione di pensionamento del titolare, è subordinato all'effettiva cessazione del medico che potrebbe rimanere in servizio oltre la data di pensionamento, per il periodo di emergenza COVID-19, di cui alla Delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020.

dichiara inoltre

di essere a conoscenza che la partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale 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:

.....

In fede

Data

.....

Firma

In luogo dell'autenticazione della firma allegare copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art.38 del DPR 445/00).

(1)Cancellare la parte che non interessa.

Marca da bollo € 16

RACCOMANDATA A.R.

Al Direttore Generale
dell'Azienda Sanitaria Locale

.....
.....

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI
CONTINUITA' ASSISTENZIALE secondo ACN MMG 21 giugno 2020
Per i medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale ai sensi del
Decreto Legge n. 35/2018 convertito con modificazioni dalla L. 60/2019**

Il sottoscritto nato
a.....il.....residente a.....
Via.....Prov.....dal.....
telefono n.e-mail.....

presenta domanda

secondo quanto previsto dall'articolo 9, comma 1, del Decreto Legge n.135/2018, convertito con la Legge n.12/2019, per il conferimento dell'incarico di Titolarità nel Servizio di Continuità Assistenziale 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 dataall'età di annicon voto di laurea.....;
- di essere iscritto 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 Continuità Assistenziale:

A.S.L. n.di.....

A.S.L. n.di.....

A.S.L. n.di.....

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

- dichiara di essere consapevole che il conferimento di ciascun incarico, di cui al presente avviso, pubblicato in previsione di pensionamento del titolare, è subordinato all'effettiva cessazione del medico che potrebbe rimanere in servizio oltre la data di pensionamento, per il periodo di emergenza COVID-19, di cui alla Delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020.

dichiara inoltre

di essere a conoscenza che la partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale 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:

.....

In fede

Data

.....

Firma

In luogo dell'autenticazione della firma allegare copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art.38 del DPR 445/00).

(1)Cancellare la parte che non interessa.