

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA AZIENDALE U.S.L. UMBRIA N.1 DI MEDICI ASPIRANTI AL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI NEL SERVIZIO EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE -118**

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/o di sostituzione nel Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale -118, **pubblicato sul BUR della Regione Umbria n. 8 del 13/02/2018;**

**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 2018 - settore EST** al n. \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_;
- 4) di essere in possesso **del titolo abilitante all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale**, ai sensi dell'art.92, comma 4 e 96 dell'ACN 23/03/2005 e s.m.i. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, stipulato ai sensi dell'art.8 del D.Lgs n.502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni, **conseguito in data** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **presso** \_\_\_\_\_;
- 5) di essere iscritto presso l'Ordine dei Medici della provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e che non sussistono provvedimenti disciplinari a proprio carico;
- 6) di 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 \_\_\_\_\_ Triennio \_\_\_\_/\_\_\_\_;
- 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.**