

RACCOMANDATA A.R.

PEC: areavasta2.asur@emarche.it

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DELLE SEDI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE da interpellarsi in quanto, espletate **tutte le procedure** di assegnazione previste dall'art. 6 dell'ACN MG 21/06/2018, comprese le procedure di cui all'art. 6, comma 15, **uno o più sedi di Continuità Assistenziale sono rimaste vacanti.**

(art. 63 ACN MG 23/03/2005 e ss. mm. e ii. da ultimo modificato ed integrato dall'art. 8 ACN MMG 18/06/2020)

BOLLO

€ 16,00

ALL'ASUR - AREA VASTA N.2
SEDE AMMINISTRATIVA DI FABRIANO
UOC DAT - Ufficio Gestione Graduatorie Regionali
Via Turati 51- 60044 FABRIANO

 PRIMA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE INTEGRAZIONE DOMANDA PRECEDENTE

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa

C.F.: nato/a a

Il residente a

Prov. Via CAP

Cell. e-mail:

PEC

in possesso dei requisiti previsti dall'articolo 63 ACN MG 23/03/2005 come modificato dall'art. 8 ACN MG del 18/06/2020

FA ISTANZA

di assegnazione di incarico temporaneo, da convertire in incarico a tempo indeterminato con decorrenza dalla data di conseguimento del Diploma di Formazione in Medicina Generale (procedura di instaurazione rapporto prevista dall'articolo 8 ACN MG del 18/06/2020), per gli ambiti territoriali carenti di Continuità Assistenziale pubblicati sull'Albo Pretorio ASUR/AV2 (sistema attiweb) con Determina Direttore AV2, e, segnatamente, per le seguenti sedi:

| | | | | | |
|--------------|-------------------|---------|--------------|-------------------|----------|
| Sede di..... | Distretto di..... | AV n... | Sede di..... | Distretto di..... | AV n.... |
| Sede di..... | Distretto di..... | AV n... | Sede di..... | Distretto di..... | AV n.... |
| Sede di..... | Distretto di..... | AV n... | Sede di..... | Distretto di..... | AV n.... |
| Sede di..... | Distretto di..... | AV n... | Sede di..... | Distretto di..... | AV n.... |
| Sede di..... | Distretto di..... | AV n... | Sede di..... | Distretto di..... | AV n.... |
| Sede di..... | Distretto di..... | AV n... | Sede di..... | Distretto di..... | AV n.... |
| Sede di..... | Distretto di..... | AV n... | Sede di..... | Distretto di..... | AV n.... |
| Sede di..... | Distretto di..... | AV n... | Sede di..... | Distretto di..... | AV n.... |

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

1. di essere nato nel comune di Prov
- il..... e di essere residente nel comune di
- Prov. dal/...../.....;
2. di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università degli Studi di in data con voto ____/110 o ____/100;
3. di essere iscritto all'Ordine dei Medici di
4. di:

frequentare il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale presso la Regione Marche relativo al corso triennale/..... effettivamente iniziato in data corrispondente (fatti salvi periodi di sospensione previsti dall'art. 24 D. L.vo 368/99) all'anno di frequenza

1° anno 2° anno 3° anno

oppure

essere stato ammesso a frequentare il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale presso la Regione Marche, tramite graduatoria riservata senza borsa di studio ai sensi del "Decreto Calabria".

Indicare la data di effettivo inizio del corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Marche

.....

DICHIARA INOLTRE

- di essere a conoscenza che viene interpellato in quanto sono state espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 6 dell' ACN MMG 21.06.2018, comprese le procedure di cui all'art. 6, comma 15;
- di essere a conoscenza che può partecipare all'assegnazione di tali incarichi in quanto iscritto ai Corsi di Formazione Specifica in Medicina Generale istituiti presso la Regione Marche (c. 15/bis art. 63 ACN MG del 23/3/2005 come modificato dall'art. 8 ACN MG del 18/06/2020).

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

.....

Data
(Firma per esteso)