

DOMANDA

per l'attribuzione degli ambiti territoriali carenti di medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta presso le Aziende Sanitarie Provinciali della Regione Sicilia – art.34, comma 17 dell'Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.) per la Medicina Generale 28 aprile 2022

PROCEDURA SISAC - ANNO 2023

**Marca da bollo
€ 16,00**

All'Assessorato Regionale della Salute
Dipartimento Pianificazione Strategica
Servizio 1 "Personale del S.S.R. –
Dipendente e Convenzionato"
Piazza Ottavio Ziino n. 24
90145 - Palermo

Il sottoscritto dott. _____
nato a _____ il _____
residente a _____ CAP _____ Via _____
tel. _____ cell. _____
P. E. C. (obbligatoria) _____

FA DOMANDA

ai sensi dell'art. 34 comma 17, lett.a) del vigente A.C.N. per la Medicina Generale di cui all'Atto d'Intesa Conferenza Stato/Regioni del 28 aprile 2022

(BARRARE LA CASELLA INTERESSATA)

- inserito in graduatoria di altra Regione in corso di validità**
- in possesso del titolo di formazione specifica in Medicina Generale**

per l'attribuzione degli ambiti territoriali carenti di medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta pubblicati con D.D.G. n. 266 del 30 marzo 2023 (G.U.R.S. n. 15 del 7 aprile 2023) e s.m.i. e rimasti vacanti a seguito delle procedure di assegnazione svolte ai sensi dell'art. 34 c. 5 lett. "a", "b" e "c" dell'ACN 28/04/2022 e s.m.i. per la Medicina Generale, nelle seguenti Aziende Sanitarie Provinciali:

Ambito _____ ASP di _____
Ambito _____ ASP di _____
Ambito _____ ASP di _____
Ambito _____ ASP di _____

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. (dichiarazione sostitutiva di autocertificazione) consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti le dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del D.D.R. n. 445/2000 e s.m.i.

DICHIARA

(BARRARE LE CASELLE INTERESSATE)

- di essere residente nel comune di _____ prov. _____ dal _____
- non essere attualmente convenzionato a tempo indeterminato per l'Assistenza Primaria
- di aver conseguito il diploma di LAUREA in Medicina e Chirurgia presso l'Università di _____ il _____ con voto _____ (specificare se il voto è espresso in 100 o 110)
- di essere attualmente iscritto all'Ordine dei medici di _____ dal _____
- di essere inserito nella graduatoria della regione _____ valevole per l'anno 2023 con punti _____ (da compilare dai candidati inseriti in graduatoria di altre regione in corso di validità)
- di essere in possesso del titolo di Formazione Specifica in Medicina Generale di cui al D.Lgs. n. 368/99 e s.m.i., conseguito presso la regione _____ in data _____ (da compilare dai candidati che presentano la domanda in quanto in possesso del solo titolo di Formazione Specifica in Medicina Generale)

ACCLUDE

- Copia fotostatica di un documento di identità (OBBLIGATORIA PENA L'ESCLUSIONE IN QUANTO PARTE INTEGRANTE DELLE SUPERIORI DICHIARAZIONI).**

Data _____

Firma _____