

## 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 2024

**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. 322 del 29 marzo 2024 (G.U.R.S. n. 17 del 12 aprile 2024) 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 _____ |

[illegible]

**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 a ciclo di scelta
- ☐ 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 2024 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 \_\_\_\_\_