

DOMANDA

per l'assegnazione di incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria 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 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'assegnazione degli incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria nei seguenti incarichi vacanti, pubblicati con D.D.G. n. 323 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, comma 5, lettere a), b) e c) dell'A.C.N. 28 aprile 2022 e s.m.i. per la Medicina Generale, nelle seguenti Aziende Sanitarie Provinciali:

Presidio _____ ASP di _____
Presidio _____ ASP di _____
Presidio _____ ASP di _____
Presidio _____ 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 la Continuità Assistenziale
- ☐ 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 regioni 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 _____