

# AZIENDA USL UMBRIA1

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA AZIENDALE AGGIUNTIVA DI MEDICI ASPIRANTI AL CONFERIMENTO DI EVENTUALI INCARICHI PROVVISORI, A TEMPO DETERMINATO O ALL'AFFIDAMENTO DI SOSTITUZIONI NELL'AMBITO DELLA MEDICINA GENERALE - RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA VALIDA PER L'ANNO 2024**

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO

-----

**All'Azienda USL UMBRIA 1  
Ufficio Gestione Personale  
Convenzionato e Strutture  
Convenzionate**

PEC: [aslumbria1@postacert.umbria.it](mailto:aslumbria1@postacert.umbria.it)

Il/La sottoscritto/a Dr/Dr.ssa \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ Prov.(\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_  
Comune di residenza \_\_\_\_\_ Prov.(\_\_\_\_)  
indirizzo \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Recapiti telefonici \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

## CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare all'avviso pubblico per la formazione di una graduatoria aziendale aggiuntiva di medici aspiranti al conferimento di eventuali di incarichi provvisori, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzioni nell'ambito della Medicina Generale - Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad attività oraria (ex Continuità Assistenziale) valida per l'anno 2024 da utilizzare in subordine alla graduatoria aziendale approvata con Delibera del Direttore Generale n. 1550 del 21/12/2023.

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

## DICHIARA

- 1) di essere nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_;
- 2) di essere residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_;
- 3) 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: \_\_\_\_\_)
- 4) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_;
- 5) di essere inserito nella Graduatoria Regionale di Medicina Generale della Regione \_\_\_\_\_ valida per l' anno 2023 al n. \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_;
- 6) di essere in possesso dell'attestato 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, conseguito il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso la Regione \_\_\_\_\_;

- 7) di essere iscritto all'Albo Professionale dei medici della provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ e che non sussistono provvedimenti disciplinari a proprio carico;
- 8) essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al D.Lgs. 256/91 ed al D.Lgs. 368/99 come modificato dal D.Lgs. n. 277/2003, presso la **Regione Umbria** - Triennio \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ frequentante  Prima annualità  Seconda annualità  Terza annualità;
- 9) essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale di cui, all'art. 12, comma 3, del D.L. 30/04/2019 n.35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25/06/2019 n. 60 presso la **Regione Umbria, tramite graduatoria riservata** - Triennio \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ frequentante  Prima annualità  Seconda annualità  Terza annualità;
- 10) essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al D.Lgs. 256/91 ed al D.Lgs. 368/99 come modificato dal D.Lgs. n. 277/2003 presso la **Regione** \_\_\_\_\_ Triennio \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ frequentante  Prima annualità  Seconda annualità  Terza annualità;
- 11) di essere iscritto al corso di specializzazione in \_\_\_\_\_ c/o Università di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al (termine previsto) \_\_\_\_\_;
- 12) di essere titolare di incarico "temporaneo" quale medico di medicina generale convenzionato per il settore di \_\_\_\_\_ ai sensi dell'art. 9, comma 1, del Decreto Legge n. 135/2018, convertito in Legge n. 12/2019);
- 13) di essere titolare di borsa di studio in \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_;
- 14) di avere/non avere subito provvedimenti di revoca o decadenza del rapporto convenzionale di MMG di cui all'art. 24, commi 2 e 3, e all'art. 25, comma 11, lettere c) e d), ACN-MMG 04/04/2024 (in caso affermativo specificare la data di irrogazione effettiva della sanzione o la data di decadenza del rapporto convenzionale) \_\_\_\_\_;
- 15) di non trovarsi nelle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 21, del vigente ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale;
- 16) di non trovarsi nelle situazioni di incompatibilità previste dall'art. 21 del vigente ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

<p><b>chiede che ogni comunicazione venga indirizzata:</b> <input type="checkbox"/> <b>alla propria residenza</b> <input type="checkbox"/> <b>al domicilio:</b>  c/o _____ Comune _____ prov. (____)  indirizzo _____ n. _____ cap _____</p>
--

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_  
(non soggetta ad autenticazione)

Si allega:

- Copia documento di identità in corso di validità;
- Informativa ai fini del Codice in Materia di Protezione dei Dati Personali, debitamente sottoscritta;
- Modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta dovuta per la presentazione di istanze alla Pubblica Amministrazione.