

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI  
DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE (per graduatoria)  
ANNO 2004**

All'Assessorato Regionale alla Sanità  
Settore 01 – Servizio Medicina di Base  
Centro Direzionale Napoli Is. C\3  
**80143 – N A P O L I**

**SEZIONE “A” – DATI ANAGRAFICI**

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ Dr. \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ inserit\_\_ nella graduatoria

unica regionale di medicina generale della Regione Campania anno 2003 valida per l'anno **2004**

***FA DOMANDA***

Secondo quanto previsto dall'art. 49, comma 2, lett. b), dell'accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale ex D.P.R. 270/2000, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di Continuità Assistenziale pubblicati col presente decreto ed eventuali successive integrazioni.

Chiede, a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'art. 3, co. 6 e 7 D.P.R. 270/2000, di poter accedere alla riserva di assegnazione come appresso indicato (**barrare una sola casella: in caso di barratura di entrambe le caselle o mancata indicazione della riserva prescelta, la domanda non potrà essere valutata**):

## SEZIONE “B” – TITOLI E REQUISITI

- ☐ riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al decreto legislativo n. 256/91 e delle corrispondenti norme del decreto legislativo n. 368/99 e n. 277/2003;
- ☐ riserva per i medici in possesso del titolo equipollente.

Allo scopo dichiara, consapevole che, ai sensi dell'art. 76, co. 1 D.P.R. 445/00 “chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia”:

- 1) ai fini dell'attribuzione del punteggio previsto dal co. 5 art. 49 D.P.R. 270/2000:
- a) di essere residente in Regione \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;
- b) di essere residente presso il Comune di \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;
- 2) di essere abilitato entro il 31.12.1994:      si ☐              no ☐
- 3) di **non** essere titolare di continuità assistenziale.

## SEZIONE “C” – ALLEGATI

### A C C L U D E

- ☒ per i possessori dell'attestato di formazione specifica in medicina generale di cui al D.lgs. 256/91, copia dell'attestato stesso corredata da atto notorio (alleg. D);
- ☒ dichiarazione di autorizzazione al trattamento dei dati (allegato E);
- ☒ Copia fotostatica di un documento d'identità.

## SEZIONE “D” – COMUNICAZIONI

Chiede che ogni comunicazione venga fatta al seguente indirizzo (**SE DIVERSO DAL SUINDICATO INDIRIZZO DI RESIDENZA**):

Via \_\_\_\_\_ n.ro \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma per esteso \_\_\_\_\_