

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI
VACANTI DI **CONTINUITA' ASSISTENZIALE** (per graduatoria)
ANNO 2005

All'Assessorato Regionale alla Sanità
Settore 01 – Servizio Medicina di Base
Centro Direzionale Napoli Is. C\3
80143 – NAPOLI

SEZIONE “A” – DATI ANAGRAFICI

__ I __ sottoscritt	Dr. _____	
	(cognome)	(nome)
Codice fiscale	<input type="text"/>	
Nat__ a _____	il _____	
Residente a _____		
CAP _____	Via _____	
Tel. _____	cell. _____	inserir__ nella graduatoria
unica regionale di medicina generale della Regione Campania anno 2004 valida per l'anno 2005		

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 _____