

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**
(medico frequentante il corso di formazione specifica in medicina generale)
(ALLEGATO C)

AI DIRETTORE GENERALE
ASL SALERNO
VIA NIZZA 146
84124 SALERNO

Marca da Bollo € 16,00

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ codice fiscale _____ residente a
_____ prov.. _____ via _____ n. _____

CAP _____ CELL. _____ PEC _____

Regione _____ INSERITO NELLA GRADUATORIA REGIONALE VALIDA PER L'ANNO 2023

FA DOMANDA

seconda quanto previsto dall'articolo 9, comma 1 del Decreto Legge n.135/2018, convertito in Legge n. 12/2019, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale della Regione Campania qualora, espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 63 del vigente ACN, uno o più incarichi di emergenza sanitaria territoriale rimangano vacanti;

per gli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Campia n del / /2023, e segnatamente per i seguenti incarichi (indicare separatamente e con precisione gli incarichi per cui si concorre, specificando il distretto per cui si concorre):

N. POSTI	DISTRETTO SANITARIO N.

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76, DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000

DICHIARA

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in _____ data _____ con _____ voto _____;
2. di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di _____;
3. di frequentare il _____ (indicare l'anno di corso) anno del Corso di formazione specifica in medicina generale relativo al corso triennale _____/_____ presso la Regione _____ iniziato in data _____;
4. di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale;
5. di essere residente nel Comune di _____ prov(____) dal _____;
6. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m i. e del Regolamento 1.1E n. 2016/679.

DICHIARA INOLTRE

- a) **di essere a conoscenza che verrà eventualmente interpellato qualora, espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 63 del vigente ACN uno o più incarichi di emergenza sanitaria territoriale rimarranno vacanti**
- b) **di essere a conoscenza che potrà partecipare all'assegnazione di tali incarichi solo se iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale**

Allega:

- dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato D).

- copia fotostatica di un documento d'identità (art. 38 del DPR 445/00).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo:

pec: _____

Data

_____ firma per esteso

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art.38 del DPR 445/00).