

ALLEGATO A

**DOMANDA DI INSERIMENTO NELLE GRADUATORIE  
PRESSO LE AZIENDE USL DI MEDICI DISPONIBILI PER INCARICHI A TEMPO  
DETERMINATO NEI SETTORI DELLA MEDICINA GENERALE CONVENZIONATA**

MARCA DA BOLLO (16  
EURO) annullata  
(barrata)  
e datata a mano

**RACCOMANDATA A.R. o PEC**

AZIENDA USL FERRARA  
Via Arturo Cassoli n° 30  
44121 FERRARA  
[risorseumaneeconomico@pec.usl.fe.it](mailto:risorseumaneeconomico@pec.usl.fe.it)

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

E-MAIL *(indicare in modo chiaro e corretto,provvedendo ad evidenziare caratteri minuscoli/maiuscoli, punti, tratti di separazione, chiocciola, ecc.)*

**CHIEDE**

di essere inserito nelle graduatorie dei medici disponibili per incarichi a tempo determinato (provvisori e di sostituzione) di codesta Azienda USL nel/i settore/i della Medicina Generale come di seguito indicato:

- ASSISTENZA PRIMARIA
- CONTINUITA' ASSISTENZIALE
- MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI
- MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI – MEDICI PENITENZIARI
- EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE  
*(per questo settore è necessario il possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale)*

**Barrare almeno una casella di quelle indicate, pena la nullità della domanda**

A tal fine consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/00 (dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio)

## DICHIARA

- di essere in possesso di Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE (art. 92, comma 4 dell'ACN) conseguito presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;

## DICHIARA INOLTRE

di trovarsi nelle condizioni di seguito contrassegnate (*barrare le caselle che interessano*):

- di essere inserito nella/e graduatoria/e della Medicina Generale della Regione Emilia Romagna valida per l'anno 2018 con il seguente punteggio:
  - Assistenza Primaria: punti \_\_\_\_\_
  - Continuità Assistenziale punti \_\_\_\_\_
  - Medicina dei Servizi punti \_\_\_\_\_
  - Emergenza Sanitaria Territoriale punti \_\_\_\_\_
- di non essere inserito nella/e Graduatoria/e di Medicina Generale della Regione Emilia Romagna valida per l'anno 2018 e di trovarsi in una delle seguenti condizioni:
  - di ESSERE IN POSSESSO del Diploma di Formazione Specifica in MEDICINA GENERALE conseguito il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_;
  - abilitato all'esercizio professionale dopo il 31.12.1994;
  - ISCRITTO al Corso di Formazione Specifica in MEDICINA GENERALE (specificare sede del corso \_\_\_\_\_);
    - con borsa di studio
    - senza borsa di studio
  - ISCRITTO a scuola di SPECIALIZZAZIONE (specificare scuola e sede \_\_\_\_\_);
    - con contratto di formazione specialistica
    - senza contratto di formazione specialistica
  - di aver svolto attività di medico addetto all'assistenza sanitaria negli Istituti Penitenziari (SIAS) nei seguenti periodi:
    - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ c/o Istituto Penitenziario \_\_\_\_\_
    - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ c/o Istituto Penitenziario \_\_\_\_\_
    - dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ c/o Istituto Penitenziario \_\_\_\_\_

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INOLTRE:

di essere       di non essere titolare di incarico o rapporto convenzionale (in caso affermativo specificare il tipo di attività \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_)

di avere       di non avere altri rapporti con il Servizio Sanitario Nazionale od altri Enti (in caso affermativo specificare il tipo di attività \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_)

di avere presentato analoga domanda alle seguenti Aziende USL :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Chiede che ogni **COMUNICAZIONE** venga inviata al seguente indirizzo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ (\*)

**(\*) La documentazione deve essere inviata unitamente a fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore. La mancanza del documento di identità comporta la nullità della domanda.**

**NB:** La presente domanda deve essere integralmente compilata, a pena di esclusione dalla graduatoria.

**Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196 e in relazione ai dati personali richiesti la informiamo che tali dati verranno trattati esclusivamente per le finalità per i quali sono state acquisiti.**

**MODALITA' DI CONSEGNA DELLA DOMANDA: SCADENZA IL 13/04/2018**

Le domande potranno essere presentate **SOLO ED ESCLUSIVAMENTE** con le seguenti modalità:

- Trasmissione tramite il servizio postale a mezzo Raccomandata con ricevuta di ritorno al seguente indirizzo: AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE DI FERRARA con sede in Via Cassoli n°30 44121 FERRARA. Le domande si considerano prodotte in tempo utile anche se spedite a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento entro il termine indicato. A tal fine fa fede il timbro e la data dell'Ufficio postale accettante. La domanda dovrà essere corredata di copia di documento di Identità del sottoscrittore La mancanza del documento di identità comporta la nullità della domanda.
- Spedizione tramite invio alla Pec: [risorseumaneeconomico@pec.ausl.fe.it](mailto:risorseumaneeconomico@pec.ausl.fe.it). La domanda dovrà essere corredata di copia di documento di Identità del sottoscrittore La mancanza del documento di identità comporta la nullità della domanda. Si precisa che la validità di tale invio, così come stabilito dalla normativa vigente, è subordinata all'utilizzo da parte del medico, di casella di posta elettronica certificata personale. Non sarà pertanto ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria anche se indirizzata alla PEC Aziendale sopra riportata. E' esclusa la possibilità di integrazione della domanda inviata via PEC con documenti inviati via posta ordinaria o consegnati a mano