ALLEGATO C

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL’ASSEGNAZIONE DELLE ZONE CARENTI RESIDUE DI ASSISTENZA PRIMARIA 2020

(Art. 5 comma 17 ACN MMG)

Bollo da €.16,00

Azienda Sanitaria Locale di Potenza – ASP

 Via Torraca n.2

 85100 POTENZA

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

cell n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**chiede di partecipare in qualità di medico**

 **Inserito nella graduatoria MMG valida per il 2020 di altra Regione**

 **In possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale**

All’assegnazione delle zone carenti residue di assistenza primaria anno 2020 (spuntare il/i riquadro/i per cui si intende concorrere)

Ambito Territoriale di Venosa - Ambito n.1 - Lavello

Ambito Territoriale di Potenza - Ambito n.10 - Acerenza/Cancellara/Oppido Lucano

Ambito Territoriale di Potenza – Ambito n.14 - Albano di Lucania/Brindisi di Montagna/Campomaggiore/Pietrapertosa/Trivigno (obbligo di apertura studio principale nel comune di Pietrapertosa)

**DICHIARA**

1. di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato per l’Assistenza Primaria;
2. di aver conseguito il Diploma di laurea presso l’Università degli Studi

di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con voto\_\_\_\_\_\_\_/110;

1. di essere iscritto all’Albo dell’Ordine dei Medici della provincia di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a far data dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. di essere in possesso dell’Attestato di Formazione specifica in Medicina Generale di

cui al D.Lgs. n. 368/99 e s.m.i. conseguito presso la Regione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. di essere incluso nella graduatoria di Medicina Generale valida per l’anno 2020 della

Regione e/o Provincia Autonoma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con punteggio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_pubblicata sul BUR n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (firma)

**Allega alla domanda fotocopia fronte retro di un documento d’identità in corso di validità**