

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI
DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**

(PER TRASFERIMENTO)

RACCOMANDATA A. R.

All'Assessorato Regionale
dell'Igiene e Sanità e
dell'Assistenza Sociale
Via Roma, 223
09123 CAGLIARI

Il sottoscritto Dr. _____ nato a _____ Prov. _____
il _____ M F codice fiscale _____ Residente a
_____ prov. _____ Via _____ n. _____ CAP _____
tel. _____, titolare di incarico a tempo indeterminato per l'emergenza sanitaria territoriale
presso l'Azienda Sanitaria Locale n. ___ di _____, Presidio di _____ della
Regione _____, dal _____, laureato il _____ con voto _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 5, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale del
23/03/2005, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale
della Regione Autonoma della Sardegna n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

ASL		PRESIDIO		ASL		PRESIDIO	
ASL		PRESIDIO		ASL		PRESIDIO	

Allega alla presente, unitamente alla copia fotostatica del documento di identità, la documentazione o autocertificazione
e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'articolo 92,
comma 5, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, e l'anzianità complessiva di incarico in
emergenza sanitaria territoriale:

allegati n. _____ (_____) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato

c/o _____ Comune _____

CAP _____ Prov. _____ Via _____ n. _____

Data _____

Firma per esteso _____

Allegato A/1 (trasferimento)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (Art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente in _____ via _____ n. _____
dal _____, ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. citato,

dichiara di:

- essere in possesso dei requisiti previsti dall'art. 92, comma 4, dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale del 23/03/05;
- essere attualmente titolare di incarico a tempo indeterminato per l'emergenza sanitaria territoriale presso il Presidio _____ dell'Azienda Sanitaria Locale n. _____ di _____, della Regione _____ dal __/__/____, con una anzianità di incarico complessiva di mesi _____;
- aver prestato servizio, con incarico a tempo indeterminato per l'emergenza sanitaria territoriale, dal __/__/____ al __/__/____ presso il Presidio _____ dell'Azienda Sanitaria Locale n. _____ di _____, della Regione _____;
- aver sospeso il servizio, per l'emergenza sanitaria territoriale, a tempo indeterminato:
dal __/__/____ al __/__/____ per _____;
dal __/__/____ al __/__/____ per _____;
- non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità contemplate dall'art. 17 dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale del 23/03/2005.

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma

Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del DPR n. 445/2000 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.