MARCA

DA BOLLO

**ALLEGATO “A”**

Alla **ASL di Pescara**

U.O.C. Dinamiche del Personale

Ufficio Sanitari Convenzionati

PEC: **medicinaconvenzionata.aslpe@pec.it**

**Istanza per manifestazione di interesse al conferimento di incarico a tempo determinato**

**di Medico delle Unità di Continuità Assistenziale (UCA)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ laureato/a in Medicina e Chirurgia il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con voto di laurea \_\_\_\_\_\_\_, abilitato/a in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, iscritto/a all’Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**MANIFESTA**

il proprio interesse al conferimento di un incarico a tempo determinato di medico delle Unità di Continuità Assistenziale (UCA).

A tal fine, ai sensi ed effetti del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000**,** consapevole delle responsabilità penali connesse a dichiarazioni mendaci,

**DICHIARA**

□ di essere medico titolare di **incarico a tempo indeterminato di Assistenza primaria a ciclo di scelta** con n. di assistiti fino a 1120 presso l’Azienda Sanitaria Locale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nell’ambito di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) con n. di assistiti in carico pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ di essere medico titolare di **incarico a tempo indeterminato di Assistenza primaria ad attività oraria** (ex Continuità assistenziale) presso l’Azienda Sanitaria Locale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nell’ambito di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_);

□ di essere medico con pregressa esperienza nelle cessate Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) con numero di ore \_\_\_\_\_ di attività complessiva presso l’Azienda Sanitaria Locale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nei periodi dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ di essere medico **inserito/a nella graduatoria regionale di medicina generale valida per l’anno 2023** alla posizione n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con il punteggio di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ di aver **acquisito l’attestato di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda per l’inclusione nella graduatoria regionale di Medicina Generale valevole per l’anno 2023** in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ di essere **iscritto/a al corso di formazione in medicina generale** dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (specificare l’anno di frequenza) presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ di avere in corso il/i seguente/i rapporto/i di lavoro (indicare ente, tipologia rapporto, decorrenza, impegno orario, sede):

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

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

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

□ altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Si allega documento di riconoscimento in corso di validità.

Firma

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