

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

(PER TRASFERIMENTO - 1° semestre anno 2018)

BOLLO € 16,00

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

san.dgsan@pec.regione.sardegna.it

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'ASSL 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 29/07/2009, 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:

| | | | | | | | |
|------|--|------------|--|------|--|------------|--|
| ASSL | | POSTAZIONE | | ASSL | | POSTAZIONE | |
| ASSL | | POSTAZIONE | | ASSL | | POSTAZIONE | |

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 2018)

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 vigente;
- di aver svolto il servizio a tempo determinato per l'emergenza sanitaria territoriale presso il Presidio _____ dell'ASSL di _____, della Regione _____ dal __/__/____ al __/__/____ con una anzianità di incarico complessiva di mesi _____;
- essere attualmente titolare di incarico a tempo indeterminato per l'emergenza sanitaria territoriale presso il Presidio _____ dell'ASSL 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'ASSL 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 vigente.

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs 196/2003 e successivi provvedimenti, 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
