

Domanda di partecipazione al TRASFERIMENTO per le zone carenti dell'anno _____

Alla Regione Campania
Assessorato Regionale alla Sanità
Settore Assistenza Sanitaria, Prevenzione
Igiene Sanitaria
Centro Direzionale di Napoli Isola C/3
80143 NAPOLI

___ sottoscritt ___ Dr. _____
nat ___ a _____
il ___/___/___ residente a _____ Prov. ___ C.A.P. _____
Via _____ N. _____ Tel. _____
Laureato in data _____ con il punteggio di ___ / ___

CHIEDE di partecipare all'assegnazione per TRASFERIMENTO per la copertura di zone carenti di cui al B.U.R.C 54 del 15/11/04 per: Assistenza Primaria Continuità Assistenziale

La domanda di partecipazione è valida per una sola tipologia di carenza.
(Barrare la casella interessata)

A tal finedichiara:

di essere titolare di incarico di Assistenza Primaria a tempo indeterminato in Aziende della Regione Campania con almeno due anni di servizio effettivo maturato alla data di scadenza del termine di presentazione della domanda di partecipazione alla copertura delle zone carenti presso la:
A.S.L. _____ della Regione Ambito di CAMPANIA Ambito di: _____
dal ___/___/___ e con anzianità complessiva pari a mesi _____

di essere titolare di incarico di Continuità Assistenziale a tempo indeterminato in Aziende della Regione Campania con almeno un anno di servizio effettivo maturato alla data di scadenza del termine di presentazione della domanda di partecipazione alla copertura delle zone carenti presso la:
A.S.L. di lavoro attuale _____ della Regione Campania Presidio di _____
data inizio attività nella Continuità Assistenziale ___ / ___ / ___ Anzianità complessiva pari a mesi _____

di essere titolare di incarico di Continuità Assistenziale a tempo indeterminato in Aziende di altre Regioni con almeno tre anni di servizio effettivo maturato alla data di scadenza del termine di presentazione della domanda di partecipazione alla copertura delle zone carenti presso la:

Regione	Dal	Al	Mesi di anzianità
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Anzianità complessiva pari a mesi _____

Il sottoscritto chiede che ogni comunicazione venga fatta al seguente indirizzo:

Via/pzza _____ C.A.P. _____
Comune _____ PV. _____

Il sottoscritto dichiara che quanto riportato risponde al vero ed autorizza, ai sensi della Legge 675/96 il trattamento dei dati personali. La Regione declina qualsiasi responsabilità su eventuali errori di compilazione della domanda.

Data ___/___/___

FIRMA

Autocertificazione, corredata dalla copia fotostatica del documento d'identità, sottoscritta a norma della legge 191/98.

Domanda di partecipazione al CONFERIMENTO DI INCARICO per le zone carenti dell'anno _____

Alla Regione Campania
Assessorato Regionale alla Sanità
Settore Assistenza Sanitaria, Prevenzione, Igiene Sanitaria
Centro Direzionale di Napoli Isola C/3
80143 NAPOLI

___ sottoscritt ___ Dr. _____

nat ___ a _____

il ___/___/___ residente a _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Via _____ N. _____ Tel. _____

Laureato in data _____ con il punteggio di ___ / ___

CHIEDE di partecipare al CONFERIMENTO DI INCARICO, per la copertura di zone carenti di cui al B.U.R.C. n. 54 del 15/11/04

per: Assistenza Primaria Continuità Assistenziale

La domanda di partecipazione è valida per una sola tipologia di carenza. (Barrare la casella interessata)

A tal fine dichiara:

di non aver avuta la residenza in Regione Campania, in maniera continuativa, nel periodo 31/1/1997 - 31/1/1999

di aver avuta la residenza in Regione Campania, in maniera continuativa, nel periodo 31/1/1997 - 31/1/1999 (Art. 20 comma 6 punto C del DPR 484/96)

di non aver avuta la residenza, in maniera continuativa, nel periodo 31/1/1997 - 31/1/1999

di aver avuta la residenza, in maniera continuativa, nel periodo 31/1/1997 - 31/1/1999, nel Comune di _____
_____ Prov. _____ (Art. 20 comma 6 punto C del DPR 484/96)

di essere in possesso SI NO (Barrare la casella interessata) dell'attestato di Formazione Specifica in Medicina Generale conseguito entro i termini previsti dal comma 5 art. 2 D.P.R. 484/96 e riferita alla graduatoria regionale vigente conseguito in:

Regione _____ il ___ / ___ / ___

e con abilitazione riferita alla data del ___ / ___ / _____

Si chiede che ogni comunicazione venga fatta al seguente indirizzo:

Via/pzza _____ C.A.P. _____

Comune _____ PV. _____

Il sottoscritto dichiara che quanto riportato risponde al vero ed autorizza, ai sensi della Legge 675/96 il trattamento dei dati personali. La Regione declina qualsiasi responsabilità su eventuali errori di compilazione della domanda.

Data ___ / ___ / _____

FIRMA

Autocertificazione, corredata dalla copia fotostatica del documento d'identità, sottoscritta a norma della legge 191/98.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445

(T.U. delle disposizioni Legislative e Regolamentari in materia di documentazione amministrativa)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Residente in _____ CAP _____

Via _____

C.F. _____

Consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti degli art. 76 del DPR 28/12/2000 n° 445;

Al fine dell'assegnazione delle zone carenti di Assistenza Primaria anno 1999 pubblicate con Decreto Dirigenziale n° 0349 del 27/10/2004 dell'Area 20 Settore 01, essendo risultato in posizione utile nella graduatoria per il conferimento

DICHIARA

- di non essere titolare di incarico di Assistenza Primaria;
- di rimuovere eventuali incompatibilità previste dall'art. 4 del DPR n° 484/1996.

(firma)

(luogo e data) _____