

Domanda di partecipazione al CONFERIMENTO DI INCARICO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE per le zone carenti dell'anno 2001 di cui al B.U.R.C. n. _____ del ____/____/____

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 _____
(cognome) (nome)

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

Via _____ N. _____ Tel. _____

Laureato in data _____ con voti _____/_____

CHIEDE di partecipare al CONFERIMENTO DI INCARICO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE, per la copertura delle sotto specificate o
allegate zone carenti (indicare le zone carenti cui si intende partecipare): Tutti i Presidi

Presidio _____ A.S.L. _____

Autocertificazione corredata di copia fotostatica del documento d'identità sottoscritta ai sensi della L. 191/98

A tal fine dichiara di: (cancellare la parte non corrispondente)

- aver avuto / non aver avuto la residenza, in maniera continuativa, nel periodo dal 31 /01/1998 al 31/01/2000, nella Regione Campania (Art. 49 comma 5 punto C del D.P.R. 270/2000).
- aver avuto / non aver avuto la residenza, in maniera continuativa, nel periodo dal 31 /01/1998 al 31/01/2000, nel Comune di _____ Prov. _____
Corrispondente alla A.S.L. _____ (Art. 49 comma 5 punto B del D.P.R. 270/2000).
- essere / non essere titolare di incarico per la Continuità Assistenziale (Art. 49 comma 15 D.P.R. 270/2000)
- essere / non essere in possesso dell'attestato di Formazione Specifica in Medicina Generale conseguito nella Regione _____ il ____/____/____

CHIEDE a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'art. 3 comma 6 e comma 8 del D.P.R. 270/2000 di poter accedere alla riserva di assegnazione come appresso indicato (barrare una sola casella, in caso di barratura di entrambe le caselle o mancata indicazione della riserva prescelta la domanda non potrà essere valutata):

riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91

riserva per i medici in possesso del titolo equipollente

Si chiede che ogni comunicazione venga fatta al seguente indirizzo: (omettere se corrisponde alla propria residenza)

c/o _____ Comune _____ C.A.P. _____ Prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Il sottoscritto dichiara che quanto riportato risponde al vero, di essere consapevole delle responsabilità penali derivanti da dichiarazioni mendaci e da falsità negli atti, ed autorizza il trattamento dei dati personali. La mancata e/o errata compilazione di tale domanda in ogni sua parte non ne permetterà la valutazione.

DATA

FIRMA PER ESTESO

_____/_____/____
