**ALLEGATO A –** *DOMANDA DI AVVISO PER L'AMMISSIONE AL CORSO DI FORMAZIONE PER IL CONSEGUIMENTO DELL'IDONEITA' ALLO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE*

**Al Direttore Generale dell’ASUR Marche**

**Via Oberdan, n. 2**

**60122 Ancona (AN)**

[**asur@emarche.it**](mailto:asur@emarche.it)

II/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**di essere ammesso al corso di formazione per il conseguimento dell'idoneità allo svolgimento dell'attività di emergenza sanitaria territoriale.**

A tale fine, consapevole delle conseguenze penali previste per le ipotesi di falsità in atti o di dichiarazioni mendaci (art. 76 comma 1 –DPR 445/2000) e consapevole, inoltre, che la non veridicità del contenuto della dichiarazione comporta la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000), ai sensi e per gli effetti degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

1. di essere nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_) il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

2. di essere titolare della seguente casella di posta elettronica certificata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a cui verranno inviate tutte le comunicazioni relative alla presente procedura;

3. di essere residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_) CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_ recapiti telefonici: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

4. di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

5. di essere in possesso del Diploma di abilitazione all 'esercizio professionale conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ anno/sessione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

6. di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

7. di non essere già in possesso di analogo attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale;

8. di non essere iscritto a scuole universitarie di specializzazione o al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al D.Lgs 368/99 e succ modifiche e integr.;

9.1 di essere residente nella Regione Marche alla data di pubblicazione dell’Avviso e di essere incaricato nel servizio di continuità assistenziale a tempo indeterminato presso l'ASUR Regione Marche/Area Vasta n. \_\_\_\_ (sede incarico) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a decorrere dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

*oppure:*

9.2 di essere residente nella Regione Marche alla data di pubblicazione dell’avviso e di essere incaricato nel servizio di continuità assistenziale a tempo indeterminato presso l'Azienda USL n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a decorrere dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

*oppure:*

9.3 di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_) appartenente ad Azienda Sanitaria limitrofa alla Regione Marche e di essere incaricato nel servizio di continuità assistenziale a tempo indeterminato presso l'ASUR Regione Marche/Area Vasta n. \_\_\_\_ (sede incarico) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a decorrere dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

*oppure:*

9.4 di essere residente nella Regione Marche alla data di pubblicazione dell’Avviso e di essere iscritto nella graduatoria vigente della Regione Marche dei medici aspiranti al convenzionamento nell'ambito della medicina generale - con punti \_\_\_\_\_;

*oppure:*

9.5 di non essere residente nella Regione Marche alla data di pubblicazione dell’Avviso e di essere iscritto nella graduatoria vigente della Regione Marche dei medici aspiranti al convenzionamento nell'ambito della medicina generale - con punti \_\_\_\_\_;

*oppure:*

9.6 di essere residente nella Regione Marche alla data di pubblicazione dell’avviso, di essere in possesso dell'Attestato/Diploma di formazione specifica in medicina generale di cui al D.Lgs 368/99 conseguito nella Regione Marche in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di non essere iscritto nella graduatoria vigente della Regione Marche dei medici aspiranti al convenzionamento nell'ambito della medicina generale;

*oppure:*

9.7 di essere residente nella Regione Marche alla data di pubblicazione dell’Avviso, di essere in possesso dell'Attestato/Diploma di formazione specifica in Medicina Generale di cui al D.Lgs 368/99 conseguito nella Regione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di non essere iscritto nella graduatoria vigente della Regione Marche dei medici aspiranti al convenzionamento nell'ambito della medicina generale;

oppure:

9.8 di non essere residente nella Regione Marche, di essere in possesso dell'Attestato/Diploma di formazione specifica in Medicina Generale di cui al D.Lgs. 368/99 conseguito nella Regione Marche in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di non essere iscritto nella graduatoria vigente della Regione Marche dei medici aspiranti al convenzionamento nell'ambito della medicina generale;

*oppure:*

9.9 di non essere iscritto nella graduatoria vigente della Regione Marche dei medici aspiranti al convenzionamento nell'ambito della medicina generale, di essere residente nella Regione Marche alla data di pubblicazione dell’avviso e di aver svolto i seguenti incarichi a tempo determinato o di sostituzione nell' ASUR-Area Vasta e A.O. della Regione Marche, negli ultimi 5 anni per almeno 12 mesi

* di continuità assistenziale:

ASUR-Area Vasta n. \_\_\_ (sede incarico) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_ tot ore \_\_\_\_\_

ASUR-Area Vasta n. \_\_\_ (sede incarico) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_ tot ore \_\_\_\_\_

ASUR-Area Vasta n. \_\_\_ (sede incarico) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_ tot ore \_\_\_\_\_

ASUR-Area Vasta n. \_\_\_ (sede incarico) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_ tot ore \_\_\_\_\_

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

* di emergenza sanitaria territoriale:

ASUR-Area Vasta n. \_\_\_ (sede incarico) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_ tot ore \_\_\_\_\_

ASUR-Area Vasta n. \_\_\_ (sede incarico) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_ tot ore \_\_\_\_\_

ASUR-Area Vasta n. \_\_\_ (sede incarico) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_ tot ore \_\_\_\_\_

ASUR-Area Vasta n. \_\_\_ (sede incarico) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_ tot ore \_\_\_\_\_

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

*oppure:*

9.10 di non essere iscritto nella graduatoria vigente della Regione Marche dei medici aspiranti al convenzionamento nell'ambito della medicina generale, di essere residente nella Regione Marche alla data di pubblicazione dell’avviso, di aver svolto i seguenti incarichi presso i Pronti Soccorso e punti di primo intervento nell' ASUR-Area Vasta e A.O. della Regione Marche, negli ultimi 5 anni per almeno 12 mesi:

ASUR-Area Vasta n. \_\_\_ (sede incarico) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_ tot ore \_\_\_\_\_

ASUR-Area Vasta n. \_\_\_ (sede incarico) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_ tot ore \_\_\_\_\_

ASUR-Area Vasta n. \_\_\_ (sede incarico) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_ tot ore \_\_\_\_\_

ASUR-Area Vasta n. \_\_\_ (sede incarico) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_ tot ore \_\_\_\_\_

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

*oppure:*

9.11 di non essere iscritto nella graduatoria vigente della Regione Marche dei medici aspiranti al convenzionamento nell'ambito della medicina generale, di essere residente nella Regione Marche alla data di pubblicazione dell’avviso, di non essere dipendente del S.S.N. a tempo indeterminato e di non essere titolare di convenzionamento a tempo indeterminato con il S.S.N. .

**Dichiara** inoltre di essere a conoscenza che:

la graduatoria per la copertura dei n. 100 posti disponibili è redatta sulla base dell'ordine di ammissione previsto nell'apposito allegato all’avviso e che la sede per l’espletamento del training guidato sarà assegnata sulla base dell’ordine di graduatoria e delle preferenze espresse nella presente domanda di ammissione, in relazione alle esigenze organizzative.

A tale riguardo, si indica il seguente ordine di preferenza:(gli ambiti di reclutamento riguardano Area Vasta n.1, Area Vasta n. 2, Area Vasta n. 3, Area Vasta n. 4, Area Vasta n. 5)

|  |  |
| --- | --- |
| **ORDINE DI PREFERENZA** | **AREA VASTA** |
| Prima Preferenza |  |
| Seconda Preferenza |  |
| Terza Preferenza |  |
| Quarta Preferenza |  |
| Quinta Preferenza |  |

10. di autorizzare il trattamento di tutti i dati personali di cui l’Amministrazione sia venuta in possesso in relazione alle procedure selettive ai sensi del nuovo Regolamento Europeo in materia di privacy (n. 679/2016) e del D.Lgs. 30/6/2003 n. 196 e s.m.i.

11. Il/La sottoscritto/a, inoltre, allega alla presente domanda fotocopia documento di identità in corso di validità;

Il/La candidato/a dichiara di avere preso visione dei contenuti delL’AVVISO e di tutte le clausole in esso contenute.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FIRMA AUTOGRAFA leggibile e per esteso o FIRMA DIGITALE certificata**

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

ALLEGARE FOTOCOPIA DI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA