

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI  
TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA**

*(Iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Basilicata  
art. 9 D.L. 14/12/2018 n. 135 così come modificato dalla legge di conversione 11/02/2019 n. 12)*

**Marca da Bollo  
€ 16,00**

Azienda Sanitaria Locale - ASP  
Via Torraca, 2  
**85100 POTENZA**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ M  F  codice fiscale \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_, cell. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA**

secondo quanto previsto dall'articolo 9, comma 1, del Decreto Legge n.135/2018, convertito con la Legge n.12/2019, per l'assegnazione degli ambiti territoriali vacanti, individuati nell'anno 2019, di assistenza primaria, pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Basilicata n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, come di seguito indicato:

Ambito _____ ASL _____	Ambito _____ ASL _____
Ambito _____ ASL _____	Ambito _____ ASL _____
Ambito _____ ASL _____	Ambito _____ ASL _____
Ambito _____ ASL _____	Ambito _____ ASL _____

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 (**dichiarazione sostitutiva di certificazione**)

**DICHIARA**

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ con voto.....; *(specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110)*
2. di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data presso l'Università di \_\_\_\_\_;
3. di essere iscritto all'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_;
4. di frequentare il corso di formazione specifica in medicina generale relativo al corso triennale \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ presso la Regione Basilicata iniziato in data \_\_\_\_\_ in particolare di frequentare il  
 1°  2°  3° anno di corso;

5. di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### DICHIARA INOLTRE

di essere a conoscenza che verrà eventualmente interpellato qualora, espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 5 del vigente ACN 21.06.2018, comprese le procedure di cui all'art.5, comma 17, uno o più ambiti territoriali di assistenza primaria rimarranno vacanti

Chiede che ogni eventuale comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo:

- e-mail \_\_\_\_\_
- pec \_\_\_\_\_
- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

c/o \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.

**N.B. Non saranno prese in considerazione le domande prive dell'allegato L.**

Data \_\_\_\_\_

firma per esteso \_\_\_\_\_