MARCA
DA BOLLO
€ 16,00

ALLEGATO "A"

Alla **ASL di Teramo**
U.O.C. Attività Amministrative
Assistenza Territoriale e Distrettuale
PEC: cast@pec.aslteramo.it

Istanza per manifestazione di interesse
al conferimento di incarico di medico delle Unità di Continuità Assistenziale (UCA)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____, il _____, codice fiscale _____, residente a _____, via/piazza _____ n. _____ C.A.P. _____, tel. _____ cell. _____, e-mail _____, pec _____ laureato/a in Medicina e Chirurgia il _____, abilitato/a in data _____, iscritto/a all'Ordine dei Medici di _____ dal _____ al n. _____;

MANIFESTA

il proprio interesse al conferimento di incarico di medico delle Unità di Continuità Assistenziale (UCA).
A tal fine, ai sensi ed effetti del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, consapevole delle responsabilità penali connesse a dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

(Selezionare l'opzione di interesse)

☐ di essere medico titolare di **incarico a tempo indeterminato di Assistenza primaria a ciclo orario** (ex Continuità assistenziale) presso l'Azienda Usl _____ dal _____ (postazione di _____);

☐ di essere medico titolare di **incarico provvisorio di Assistenza primaria a ciclo orario** (ex Continuità assistenziale) ai sensi dell'art. 37, comma 1, dell'ACN 2022 presso l'Azienda Usl _____ dal _____;

☐ di essere medico titolare di **incarico a tempo indeterminato di Assistenza primaria a ciclo di scelta** con n. di assistiti fino a 1.120 presso l'Azienda Usl _____ dal _____ (ambito di _____), con numero di assistiti in carico pari a _____;

☐ di aver svolto l'attività di **medico USCA** dal _____ al _____ presso l'Azienda Usl di _____ per un totale di n° ore _____;

☐ di essere **inserito/a nella graduatoria regionale di medicina generale per l'anno 2023** alla posizione n° _____ con il punteggio di _____;

☐ di aver **acquisito l'attestato di formazione specifica in medicina generale successivamente alla scadenza della presentazione della domanda per l'inclusione nella graduatoria regionale** in data_____;

☐ di essere **iscritto/a al corso di formazione in medicina generale** dal _____ presso _____;

☐ di avere in corso il/i seguente/i rapporto/i di lavoro (indicare ente, tipologia rapporto, decorrenza, impegno orario, sede):

_____

_____

_____

☐ altro _____

_____

_____

Si allega documento di riconoscimento in corso di validità.

Firma

_____