

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI  
INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE  
( per trasferimento )**

**(ALLEGATO A)**

AI DIRETTORE GENERALE  
ASL AVELLINO  
VIA DEGLI IMBIMBO 10/12  
83100 AVELLINO

Marca da Bollo € 16,00

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a  
\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ a far data dal  
\_\_\_\_\_ Azienda /USL di residenza Regione  
dal \_\_\_\_\_  
CELL. \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_  
TITOLARE DI INCARICO A TEMPO INDETERMINATO per l'emergenza  
sanitaria territoriale

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 6, lettera a), dell'Accordo  
Collettivo Nazionale per la medicina generale 23.03.2005 e s.m.i., di  
assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale  
pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. \_\_\_\_\_  
del \_\_\_\_\_ e segnatamente per i seguenti incarichi  
(indicare separatamente e con precisione gli incarichi per cui si concorre,  
specificando la postazione fissa o itinerante come da avviso):

N. POSTI	DISTRETTO SANITARIO DI BASE N. _____

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali  
conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76, DPR  
445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000

**DICHIARA**

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso  
l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in  
data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;
2. di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di \_\_\_\_\_.
3. di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di emergenza  
sanitaria territoriale presso l'Azienda /USL di  
\_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_.

4. di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale:

dal _____ al _____	ASL _____	Regione _____
dal _____ al _____	ASL _____	Regione _____
dal _____ al _____	ASL _____	Regione _____
dal _____ al _____	ASL _____	Regione _____

5. di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale;

6. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m i. e del Regolamento 1.1E n. 2016/679.

Allega:

- dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato E).
- copia fotostatica di un documento d'identità (art. 38 del DPR 445/00).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo:

pec: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_ per

esteso \_\_\_\_\_

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art.38 del DPR 445/00).