

**ALL. A**

**Domanda di partecipazione all' assegnazione  
incarico provvisorio a tempo determinato/ sostituzioni nella continuità assistenziale**  
(per graduatoria 2022)

RACCOMANDATA A.R.

Marca da  
bollo da  
€ 16,00

[asrem@pec.it](mailto:asrem@pec.it)

S.C. Integrazione Ospedale Territorio  
e Socio Sanitaria

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Recapito  
telefonico : \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Domicilio di recapito se diverso dalla residenza \_\_\_\_\_

Indirizzo PEC \_\_\_\_\_

inserito nella graduatoria regione definitiva per la medicina generale valida per l'anno 2021 con  
punti \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA**

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 6, lettera a) dell'A.C.N./2018 così come integrato dall'art.1 dell'A.C.N. del 18.06.2020 che sostituiscono l'art. 15 dell'A.C.N./2005 e s.m.i., per l'assegnazione degli incarichi tempo determinato/sostituzioni di continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

A tal fine consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/00 e del decadimento dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato, previsto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

**D I C H I A R A**

- a) Di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato nell'attività di assistenza primaria;
- b) Di essere iscritto nella graduatoria regionale definitiva valida per l'anno 2022 con punti \_\_\_\_\_
- c) Di essere residente nella Regione Molise dal \_\_\_\_\_

Dichiara inoltre di essere consapevole che la graduatoria relativa al presente avviso nonché i nominativi degli esclusi sarà pubblicata sul sito aziendale e di dare il proprio assenso

La PEC a cui inviare ogni comunicazione in merito compresa l'eventuale convocazione è la seguente:

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Si allega fotocopia di un documento di identità in corso di validità

ALL. B

**Domanda di partecipazione alla assegnazione**  
**incarico provvisorio a tempo determinato/ sostituzioni nella continuità assistenziale**  
(medici in possesso del titolo di formazione in medicina generale non presenti nella graduatoria regionale valida per l'anno 2022)

RACCOMANDATA A.R.

Marca da bollo da € 16,00
---------------------------------

[asrem@pec.it](mailto:asrem@pec.it)

S.C. Integrazione Ospedale  
Territorioe Socio Sanitaria

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ residente  
\_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Recapito telefonico  
\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Domicilio di recapito se diverso dalla residenza \_\_\_\_\_

Indirizzo PEC \_\_\_\_\_

FA DOMANDA

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 6, lettera b) dell'A.C.N./2018 così come integrato dall'art.,1 dell'A.C.N. del 18.06.2020 che sostituiscono l'art. 15 dell'A.C.N./2005 e s.m.i., per l'assegnazione degli incarichi tempo determinato/sostituzioni di continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

A tal fine consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/00 e del decadimento dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato, previsto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

D I C H I A R A

- a) Di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso  
l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_
- b) che al momento della laurea aveva la seguente età : anni \_\_\_\_\_ mesi \_\_\_\_\_ giorni \_\_\_\_\_
- c) Di essere iscritto all'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

d) Di essere in possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale conseguito presso la Regione \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;

Dichiara inoltre di essere consapevole che la graduatoria relativa al presente avviso nonché i nominativi degli esclusi sarà pubblicata sul sito aziendale e di dare il proprio assenso

La PEC a cui inviare ogni comunicazione in merito compresa l'eventuale convocazione è la seguente:

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Si allega fotocopia di un documento di identità in corso di validità

**Domanda di partecipazione alla assegnazione**  
**incarico provvisorio a tempo determinato nella continuità assistenziale**  
(medici frequentanti il corso di formazione in medicina generale nella **Regione Molise**)

Marca da  
bollo da  
€ 16,00

[asrem@pec.it](mailto:asrem@pec.it)

S.C. Integrazione Ospedale Territorio  
e Socio Sanitaria

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale  
\_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_  
cap \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Recapito telefonico \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_  
Domicilio di recapito se diverso dalla residenza \_\_\_\_\_  
Indirizzo PEC \_\_\_\_\_

FA DOMANDA

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 6, lettera c) dell'A.C.N. del 21.06.2018 così come integrato dall'art.1 dell'A.C.N. del 18.06.2020 che sostituiscono l'art. 15 dell'A.C.N./2005 e s.m.i., per l'assegnazione degli incarichi tempo determinato/sostituzioni di continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

A tal fine consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/00 e del decadimento dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato, previsto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

D I C H I A R A

- a) Di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_
- b) che al momento della laurea aveva la seguente età : anni \_\_\_\_\_ mesi \_\_\_\_\_ giorni \_\_\_\_\_

- c) Di essere iscritto all'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
- d) Di frequentare il \_\_\_\_\_ (indicare l'anno di corso) anno di corso di formazione specifica in medicina generale relativo presso la Regione Molise iniziato in data \_\_\_\_\_;
- e) di essere/non essere in alcuna delle condizioni di incompatibilità prevista dal vigente A.C.N. per la medicina generale
- e) Di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.L. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679

DICHIARA INOLTRE

- Di essere a conoscenza che potrà partecipare all'assegnazione di tali incarichi a tempo determinato nel servizio di continuità assistenziale solo se iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale nella **Regione Molise**
- La PEC a cui inviare ogni comunicazione in merito compresa l'eventuale convocazione è la seguente:
- \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Si allega fotocopia di un documento di identità in corso di validità

ALL. D

**Domanda di partecipazione alla assegnazione  
di incarico di sostituzione nella continuità assistenziale**

(medici frequentanti il corso di formazione in medicina generale in **altra Regione** rispetto alla Regione Molise)

Marca da  
bollo da  
€ 16,00

[asrem@pec.it](mailto:asrem@pec.it)

S.C. Integrazione Ospedale – Territorio e  
e sociosanitaria

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
Recapito telefonico : \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Domicilio di recapito se diverso dalla residenza \_\_\_\_\_  
Indirizzo PEC \_\_\_\_\_

FA DOMANDA

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 6, lettera c) dell'A.C.N./2018 così come integrato dall'art.1 dell'A.C.N. del 18.06.2020 che sostituiscono l'art. 15 dell'A.C.N./2005 e s.m.i., per l'assegnazione degli incarichi tempo determinato/sostituzioni di continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

A tal fine consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/00 e del decadimento dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato, previsto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA

1. di essere residente a \_\_\_\_\_Prov. \_\_\_\_\_ c.a.p.  
\_\_\_\_\_Via \_\_\_\_\_
2. di essersi laureato/a presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_in  
data \_\_\_\_\_con voto \_\_\_\_\_
3. che al momento della laurea aveva la seguente età : anni \_\_\_\_\_mesi \_\_\_\_\_giorni  
\_\_\_\_\_
4. di aver conseguito l'abilitazione in data \_\_\_\_\_
5. di essere iscritto all'Ordine dei Medici della provincia di \_\_\_\_\_
6. di essere/ iscritto al corso di formazione in medicina generale nella Regione  
\_\_\_\_\_e in particolare alla seguente annualità \_\_\_\_\_;
7. di essere/non essere in alcuna delle condizioni di incompatibilità prevista dal  
vigente A.C.N. per la medicina generale
8. di essere in possesso della seguente PEC: \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si impegna a comunicare all'Azienda ogni variazione delle condizioni sopraindicate anche con riferimento a situazioni di incompatibilità.

Dichiara inoltre di essere consapevole che la graduatoria relativa al presente avviso nonché i nominativi degli esclusi sarà pubblicata sul sito aziendale e di dare il proprio assenso.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Si allega fotocopia di un documento di identità in corso di validità**



**Domanda di partecipazione alla assegnazione  
incarico di sostituzione a tempo determinato nella continuità assistenziale**  
(medici che abbiano acquisito l'abilitazione successivamente al 31.12.1994)

Marca da  
bollo da  
€ 16,00

[asrem@pec.it](mailto:asrem@pec.it)

S.C. Integrazione Ospedale  
Territorioe Socio Sanitaria

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale  
\_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Recapito telefonico  
\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Domicilio di recapito se diverso dalla residenza \_\_\_\_\_

Indirizzo PEC \_\_\_\_\_

FA DOMANDA

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 6, lettera d) dell'A.C.N./2018 così come integrato dall'art.,1 dell'A.C.N. del 18.06.2020 che sostituiscono l'art. 15 dell'A.C.N./2005 e s.m.i., per l'assegnazione degli incarichi tempo determinato/sostituzioni di continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

A tal fine consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/00 e del decadimento dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato, previsto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

D I C H I A R A

a) di essere residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_ Via  
\_\_\_\_\_

b) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

c) che al momento della laurea aveva la seguente età : anni \_\_\_\_\_ mesi \_\_\_\_\_ giorni \_\_\_\_\_

d) di aver conseguito l'abilitazione professionale in data \_\_\_\_\_

e) di essere iscritto all'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

e) di essere/non essere in alcuna delle condizioni di incompatibilità prevista dal vigente A.C.N. per la medicina generale

f) di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.L. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679

La PEC a cui inviare ogni comunicazione in merito compresa l'eventuale convocazione è la seguente:

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Si allega fotocopia di un documento di identità in corso di validità

**ALLEGATO F**

**Domanda di partecipazione alla assegnazione  
incarico di sostituzione a tempo determinato nella continuità assistenziale**  
(medici che siano iscritti ai corsi di specializzazione)

Marca da  
bollo da  
€ 16,00

[asrem@pec.it](mailto:asrem@pec.it)

S.C. Integrazione Ospedale  
Territorioe Socio Sanitaria

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale  
\_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Recapito telefonico  
\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Domicilio di recapito se diverso dalla residenza \_\_\_\_\_

Indirizzo PEC \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA**

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 2, comma 6, lettera e) dell'A.C.N./2018 così come integrato dall'art.,1 dell'A.C.N. del 18.06.2020 che sostituiscono l'art. 15 dell'A.C.N./2005 e s.m.i., per l'assegnazione degli incarichi tempo determinato/sostituzioni di continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

A tal fine consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/00 e del decadimento dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato, previsto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

**DICHIARA**

a) di essere residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_ Via

\_\_\_\_\_

- b) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_
- c) che al momento della laurea aveva la seguente età : anni \_\_\_\_\_ mesi \_\_\_\_\_ giorni \_\_\_\_\_
- d) di aver conseguito l'abilitazione professionale in data \_\_\_\_\_
- e) di essere iscritto all'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
- f) di essere iscritto alla scuola di specializzazione in \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
- g) di essere/non essere in alcuna delle condizioni di incompatibilità prevista dal vigente A.C.N. per la medicina generale
- h) di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.L. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679

La PEC a cui inviare ogni comunicazione in merito compresa l'eventuale convocazione è la seguente:

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Si allega fotocopia di un documento di identità in corso di validità