

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 ad attività oraria** (ex
Continuità assistenziale) presso l'Azienda Usl _____ dal _____;

di essere medico titolare di **incarico provvisorio di Assistenza primaria ad attività oraria** (ex Continuità
assistenziale) ai sensi dell'art. 37, comma 1, dell'ACN 2024 presso l'Azienda Usl
_____ dal _____;

di essere medico titolare di **incarico a tempo indeterminato di Assistenza primaria a ciclo di scelta**
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 2024** 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, per l'anno in corso**, 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
