

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](mailto: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 UsI \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;

di essere medico **incaricando o 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 UsI  
\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;

di essere medico titolare di **incarico a tempo indeterminato di Assistenza primaria a ciclo di scelta**  
presso l'Azienda UsI \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ (ambito di  
\_\_\_\_\_), con numero di assistiti in carico pari a \_\_\_\_\_;

di aver svolto **servizio nelle UCA** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso l'Azienda UsI di  
\_\_\_\_\_ per un totale di n° ore \_\_\_\_\_;

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

\_\_\_\_\_