



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Buras n. 45

Data di pubblicazione: 05 agosto 2021

Il seguente documento è una copia dell'atto. La validità legale è riferita esclusivamente al fascicolo in formato PDF firmato digitalmente.

Parte prima

Determinazioni dei dirigenti

Determinazioni dei dirigenti

Assessorato Igiene e sanità e dell'assistenza sociale

Direzione generale della sanità

Servizio di promozione e governo delle reti di cura

Determinazione

n. 725 del 02 agosto 2021

Incarichi vacanti di Assistenza primaria – anni 2019-2020.

Il Direttore del Servizio

VISTO lo Statuto speciale della Regione Autonoma della Sardegna e le relative norme di attuazione;

VISTO il Decreto legislativo n. 502 del 30.12.1992 e ss.mm.ii.;

VISTO il Decreto Legge n. 135 del 14.12.2018 convertito con legge n. 12 del 11.02.2019; la L.R. 31 del 13.11.1998 e ss.mm.ii.;

VISTA la L.R. 24 del 11.09.2020;

VISTA la deliberazione del Giunta Regionale n. 60/9 del 04.11.2008 recante definizione degli ambiti territoriali dell'assistenza primaria;

VISTO l'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale, reso esecutivo con l'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e ss. mm.ii.;

VISTO in particolare l'art. 34 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale sopra richiamato, così come modificato dall'art. 5 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale, reso esecutivo con l'intesa Stato-Regioni del 21 giugno 2018, che dispone, al primo comma, che ciascuna Regione (...) pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco degli ambiti territoriali vacanti di medico di assistenza primaria e di quelli che si renderanno disponibili nel corso dell'anno, individuati dalle Aziende sulla base dei criteri di cui al precedente articolo 33" e da attribuirsi secondo le modalità stabilite dal medesimo art. 34;

VISTO l'Accordo integrativo regionale per la Medicina generale (AIR) del 28 aprile 2010, approvato con la deliberazione della Giunta regionale n. 19/9 del 12.05.2010;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

VISTO l'art. 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale sopra richiamato, così come modificato dall'art. 2 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale, reso esecutivo con l'intesa Stato-Regioni del 21 giugno 2018, ai sensi del quale "i medici già titolari di incarico a tempo indeterminato in un settore di cui all'articolo 13, comma 1 del presente Accordo possono partecipare per graduatoria regionale solo in un settore diverso da quello in cui sono titolari.";

VISTO l'art. 34 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale sopra richiamato così come modificato dall'art. 5 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale, reso esecutivo con l'intesa Stato-Regioni del 21 giugno 2018, che dispone, al primo comma, "Per l'assegnazione degli incarichi di cui al comma 5, lettera b), le Regioni riservano una percentuale, calcolata sul numero complessivo di incarichi a livello regionale:

- a) 80% a favore dei medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale;
- b) 20% a favore dei medici in possesso di titolo equipollente al titolo di formazione specifica in medicina generale.

Qualora non vengano assegnati, per carenza di domande, incarichi spettanti ad una delle riserve di cui al comma precedente, gli stessi vengono assegnati all'altra";

VISTA la determinazione n. 1453 del 04.12.2018 con la quale è stata approvata la graduatoria unica regionale definitiva di medicina generale valida per l'anno 2019 pubblicata sul BURAS n. 55 del 13.12.2018;

VISTA la determinazione n. 193 del 24.03.2020 con la quale è stata approvata la graduatoria unica regionale definitiva di medicina generale valida per l'anno 2020 pubblicata sul BURAS n. 15 del 26.03.2020;

VISTA la determinazione n. 345 del 07.05.2020, con la quale è stata rettificata la graduatoria unica regionale definitiva di medicina generale valida per l'anno 2020 di cui alla sopra citata determinazione n. 193 del 07.05.2020, pubblicata sul BURAS n. 26 del 07.05.2020;

VISTA la deliberazione dell'ATS n. 64 del 05.02.2021, che modifica e integra le precedenti n. 291 del 05.05.2020, 640 del 02.10.2020 e 9 del 20.01.2021, con la quale sono stati individuati, tra l'altro, gli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria per l'annualità 2019;

VISTA la deliberazione dell'ATS N. 495 del 30.06.2021 con la quale sono stati individuati, tra gli altri, gli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria per l'annualità 2020; VISTA la nota n. 208257 del 23.06.2021 con la quale il direttore della S.C. ATS di Medicina convenzionata comunica le sedi non assegnate per l'annualità 2018 di cui alla su citata deliberazione 64 che andranno ad integrare le sedi già individuate con la medesima deliberazione per l'annualità 2019; VISTA la nota n. 214775 del 30.06.2021 con la quale il direttore della S.C. ATS di Medicina convenzionata comunica che la sede carente individuata per l'ambito 5.2 annualità 2018 non assegnata, non andrà a integrare le sedi carenti per l'annualità 2019 in quanto inserita per mero errore materiale nella precedente deliberazione 64; VISTA la deliberazione dell'ATS n. 609 del 23.07.2021 con la quale si corregge e integra la deliberazione ATS n. 640 del 02.10.2020 limitatamente all'inserimento di una sede carente per l'ambito 5.3 della ASSL di Cagliari per l'annualità 2019 non inserita, per mero errore materiale tra le sedi 2018 in quanto non assegnata per l'annualità 2017;

VISTA la deliberazione ATS N. 621 del 30.07.2021 che modifica la precedente n. 609 del 23.07.2021 che, per mero errore materiale, ha integrato e corretto la deliberazione 640 del 02.10.2020 in luogo della deliberazione n. 64 del 05.02.2021 e che, pertanto, si deve intendere modificata e integrata la deliberazione n. 64 del 05.02.2021;

VISTO il decreto del Presidente della Regione Sardegna n. 127 del 14.11.2019, con il quale vengono conferite le funzioni di direttore del Servizio Promozione e governo delle reti di cure, presso la Direzione generale della sanità, al dott. Stefano Piras;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

VISTO l'art. 9, comma 1, del DL n. 135 del 14 dicembre 2018 convertito con L. n. 12 del 11.02.2019 che dispone che i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale, iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale, possono partecipare all'assegnazione degli incarichi convenzionali rimessi all'accordo collettivo nazionale nell'ambito della disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, prevedendo inoltre le procedure per l'attribuzione degli incarichi stessi;

VISTO il verbale della Commissione Salute relativo alla riunione del 20 marzo 2019 con il quale è stato approvato il documento recante gli indirizzi per l'attuazione dell'articolo 9 della L. 12/2019, specificando gli indirizzi esplicativi relativi alla norma di cui al comma 1 del sopra citato art. 9, al fine di dare applicazione omogenea sul territorio nazionale;

CONSIDERATO l'intervenuto ritardo nell'assegnazione degli incarichi di Assistenza primaria, si ritiene opportuno consentire la partecipazione all'assegnazione per trasferimento:

- per l'anno 2019 anche ai medici che hanno usufruito dell'assegnazione degli incarichi vacanti di assistenza primaria per l'anno 2016

- per l'anno 2020 anche ai medici che hanno usufruito dell'assegnazione degli incarichi vacanti di assistenza primaria per l'anno 2017

che le domande di assegnazione degli incarichi possono essere accolte solo ai sensi dell'art. 34 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, così come modificato dall'art. 5 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale, reso esecutivo con l'intesa Stato-Regioni del 21 giugno 2018;

RITENUTO che gli interessati in possesso dei requisiti possono presentare domanda per ciascuna delle annualità di cui al presente provvedimento;

STABILITO che la procedura da porre in essere per l'assegnazione delle sedi carenti di Assistenza primaria è la seguente:

1. Assegnazione delle sedi carenti 2019. Le sedi che eventualmente risultassero non assegnate per il 2019 verranno ripubblicate in apposito bando integrativo per l'annualità 2020, a cui potranno concorrere tutti gli interessati in possesso dei requisiti.

2. Coloro che hanno presentato istanza 2020 e fossero interessati alle sedi carenti non assegnate per il 2019 e ripubblicate per il 2020 possono inoltrare una integrazione all'istanza già presentata e concorrere così all'assegnazione delle sedi già pubblicate.

3. Assegnazione delle sedi carenti 2020. Le sedi che eventualmente risultassero non assegnate per il 2020 andranno ad integrare le sedi carenti individuate per l'annualità 2021.

4. Le sedi che si renderanno carenti a seguito di rinuncia o che risulteranno tali trascorsi i 90 giorni ex art. 35 c.3 dell'ACN 2009 verranno ripubblicate secondo la medesima procedura sopra descritta. Non sono consentite proroghe al termine sopra richiamato dei 90 giorni;

STABILITO che chi rinuncia ad una sede assegnata, nell'ambito delle annualità previste dal presente provvedimento, può ripresentare domanda solo per le sedi pubblicate nel bando integrativo;

STABILITO altresì che nel bando integrativo sono pubblicate le sedi rimaste libere relativamente all'anno precedente 2019 più quelle resesi vacanti per trasferimento o rinuncia;

ACQUISITO il parere positivo del Comitato permanente della medicina generale che nella seduta del 15.02.2021 ha approvato gli ambiti territoriali carenti dell'assistenza primaria individuati con la sopra richiamata



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

deliberazione n. 64 del 05.02.2021 così come riportati nell'allegato 1 del presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale;

ACQUISITO Il parere positivo del Comitato permanente della medicina generale che nella seduta del 21.07.2021 ha approvato, limitatamente alla sola annualità 2020, gli ambiti territoriali carenti dell'assistenza primaria individuati con la sopra richiamata deliberazione n. 495 del 30.06.2021 così come riportati nell'allegato 2 del presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale;

RITENUTO in relazione al presente procedimento, di non trovarsi in conflitto di interessi, ai sensi dell'art. 6 bis della L. n. 241 del 07.08.1990 e ss.mm.ii. e degli artt. 14 e 15 del Codice di comportamento del personale della Regione autonoma della Sardegna;

Determina

ART. 1 In conformità a quanto indicato nelle premesse, che si richiamano integralmente, di procedere alla pubblicazione nel BURAS, degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria per le annualità 2019 e 2020 così come riportati negli allegati 1 e 2 alla presente determinazione, per costituirne parte integrante e sostanziale.

ART. 2 Di individuare ai sensi dell'art. 34, così come modificato dall'art. 5 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale, reso esecutivo con l'intesa Stato-Regioni del 21giugno 2018, la ASSL di Cagliari quale ufficio regionale incaricato per l'espletamento delle procedure di attribuzione degli incarichi vacanti di assistenza primaria relativi alle annualità 2019 e 2020.

ART. 3 Tutte le domande per trasferimento e per il conferimento degli incarichi a tempo indeterminato in regola con le norme vigenti sull'imposta di bollo, dovranno essere trasmesse entro 20 giorni a decorrere dal giorno successivo alla data di pubblicazione della presente determinazione sul BURAS, esclusivamente a mezzo PEC ed esclusivamente all'indirizzo sc.medicinaconvenzionata@pec.atssardegna.it secondo la modulistica allegata che sarà disponibile anche sul sito [www. regionesardegna.it](http://www.regionesardegna.it) all'indirizzo

<http://www.regione.sardegna.it/j/v/2644?s=1&c=390&v=9&na=1&tipodoc=0,12&n=10&c1=1250>

Il soggetto interessato provvede ad inserire nella domanda i numeri identificativi della marca da bollo utilizzata, nonché ad annullare la stessa.

ART. 4 Le modalità organizzative di convocazione degli interessati verranno rese note contestualmente alla pubblicazione della graduatoria provvisoria sul sito istituzionale ATS.

ART. 5 Per quanto non espressamente previsto dal presente provvedimento si rimanda a quanto disposto dall'ACN del 23.03.2005 e ss.mm.ii.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Il presente provvedimento è trasmesso all'Assessore dell'igiene, Sanità e dell' Assistenza sociale ai sensi dell'articolo 21, comma 9, della L.R. 13.11.1998, n. 31 e ss.mm.ii.

Piras



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSISTENZA PRIMARIA Zone Carenti Anno 2019 - ALLEGATO 1

ASSL		SASSARI		
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	SEDI VACANTI	COMUNE APERTURA AMBULATORIO
1.SASSARI	1.1	Sassari	3	
1.SASSARI	1.2	Porto Torres	4	
		Stintino		
1.SASSARI	1.3	Castelsardo	4	
		Nulvi		
		S.Maria Coghinas		
		Tergu		
		Valledoria		
		Viddalba		
1.SASSARI	1.5	Bulzi	1	
		Chiaramonti		
		Erula		
		Laerru		
		Martis		
		Perfugas		
1.SASSARI	1.6	Sedini	3	
		Osilo		
		Sennori		
2.ALGHERO	2.1	Sorso	5	
		Banari		
		Bessude		
		Bonnanaro		
		Bonorva		
		Borutta		
		Cheremule		
		Cossoine		
		Giave		
		Mara		
		Padria		
		Pozzomaggiore		
		Semestene		
		Siligo		
Thiesi				
Torralba				
2.ALGHERO	2.3	Alghero	3	
		Olmedo		
3.OZIERI	3.1	Ardara	4	
		Ittireddu		
		Mores		
		Nughedu San Nicolò		
		Ozieri		
		Pattada		
Tula				
3.OZIERI	3.2	Anela	4	
		Benetutti		
		Bono		
		Bottida		
		Bultei		
		Burgos		
		Esporlatu		
		Illorai		
Nule				



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSL		OLBIA		
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	SEDI VACANTI	COMUNE APERTURA AMBULATORIO
1.OLBIA	1.1	Golfo Aranci	5	Olbia
		Olbia		
		Telti		
1.OLBIA	1.2	La Maddalena	2	La Maddalena
1.OLBIA	1.3	Arzachena	3	1 Sant'Antonio di Gallura
		Palau		
		Sant'Antonio di Gallura		
1.OLBIA	1.5	Berchidda	2	1 Berchidda
		Monti		
		Oschiri		
1.OLBIA	1.6	Budoni	3	
		Loiri Porto San Paolo		
		Padru		
		San Teodoro		
2.TEMPIO PAUSANIA	2.2	Calangianus	1	
		Luras		



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSL		NUORO		
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	SEDI VACANTI	COMUNE APERTURA AMBULATORIO
1.NUORO	1.4	Olzai	1	
		Oniferi		
		Orani		
		Orotelli		
		Ottana		
2.MACOMER	2.1	Sarule	1	Borore
		Birori		
		Borore		
		Dualchi		
		Macomer		
3.SINISCOLA	3.2	Noragugume	2	1 Orosei 1 Irgoli
		Sindia		
		Gattelli		
		Irgoli		
		Loculi		
		Onifai		
		Orosei		

ASSL		LANUSEI		
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	SEDI VACANTI	COMUNE APERTURA AMBULATORIO
1.TORTOLI	1.1	Baunei	1	Baunei
		Lotzorai		
		Talana		
		Triei		
		Urzulei		
1.TORTOLI	1.2	Girasole	2	Tortoli
1.TORTOLI	1.3	Tortoli	1	Villagrande Strisaili
1.TORTOLI	1.4	Arzana	2	Loceri - Barisardo
		Villagrande Stisaili		
		Barisardo		
1.TORTOLI	1.5	Cardedu	1	Lanusei
		Loceri		
		Elini		
1.TORTOLI	1.7	Ilbono	1	Seui
		Lanusei		
		Gairo		
		Osini		
		Seui		
		Ulassai		
		Ussassai		

ASSL		ORISTANO		
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	SEDI VACANTI	COMUNE APERTURA AMBULATORIO
1.ORISTANO	1.1	Bauladu	2	
		Milis		
		Narbolia		
		San Vero Milis		
		Tramatza		
		Zeddiani		



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

1.ORISTANO	1.2	Baratili San Pietro	3	
		Cabras		
		Nurachi		
		Riola Sardo		
1.ORISTANO	1.3	Oristano	3	
		Palmas Arborea		
		Santa Giusta		
1.ORISTANO	1.4	Allai	4	
		Ollastra Simaxis		
		Samugheo		
		Siamaggiore		
		Siamanna		
		Siapiccia		
		Simaxis		
		Solarussa		
		Villanova Truschedu		
		Villaurbana		
Zerfaliu				
2.GHILARZA-BOSA	2.1	Abbasanta	2	
		Aidomaggiore		
		Ardauli		
		Bidoni		
		Boroneddu		
		Busachi		
		Fordongianus		
		Ghilarza		
		Neoneli		
		Norbello		
		Nughedu S. Vittoria		
		Sedilo		
		Soddi		
		Sorradile		
Tadasuni				
Ula Tirso				
2.GHILARZA-BOSA	2.2	Cuglieri	1	
		Flussio		
		Magomadas		
		Modolo		
		Sagama		
		Scano di Montiferro		
		Sennariolo		
		Suni		
		Tinnura		
		Tresnuraghes		
3.ALES-TERRALBA	3.1	Arborea	5	
		Marrubiu		
		San Nicolò d'Arcidano		
		Terralba		
		Uras		
3.ALES - TERRALBA	3.3	Baradili	1	
		Baressa		
		Gonnoscodina		
		Gonnosnò		
		Gonnostramazza		
		Masulas		
		Mogoro		
		Morgongiori		
		Pompu		
		Simala		
		Sini		
Siris				



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSL		SANLURI		
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	SEDI VACANTI	COMUNE APERTURA AMBULATORIO
1.GUSPINI	1.1	Guspini	1	Guspini
1.GUSPINI	1.2	Arbus	1	Arbus
1.GUSPINI	1.3	Gonnosfanadiga	1	Gonnosfanadiga
1.GUSPINI	1.4	Villacidro	1	Villacidro
1.GUSPINI	1.5	Pabillonis	3	1 San Gavino Monreale
		San Gavino Monreale		
		Sardara		
2.SANLURI	2.1	Furtei	1	
		Sanluri		
		Segariu		
		Villamar		
2.SANLURI	2.4	Barumini	1	
		Genuri		
		Gesturi		
		Las Plassas		
		Setzu		
		Tuili		
		Villanovafranca		
2.SANLURI	2.5	Collinas	1	
		Lunamatrona		
		Pauli Arbarei		
		Siddi		
		Turri		
		Ussaramanna		
Villanovaforru				



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSL		CARBONIA		
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	SEDI VACANTI	COMUNE APERTURA AMBULATORIO
1.CARBONIA	1.1	Carbonia	2	
		Portoscuso		
1.CARBONIA	1.2	San Giovanni Suergiu	1	
		Tratalias		
1.CARBONIA	1.3	Calasetta	1	
		Sant'Antioco		
1.CARBONIA	1.5	Narcao	2	
		Nuxis		
		Perdaxius		
		Santadi		
		Villaperuccio		

ASSL		CAGLIARI		
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	SEDI VACANTI	COMUNE APERTURA AMBULATORIO
1.Area Vasta	1.1	Cagliari	4	
		Mon serrato		
		Quartucciu		
		Selargius		
		Settimo San Pietro		
2.Area Ovest	2.3	Capoterra	1	
2.Area Ovest	2.6	Teulada	1	
3.Quartu - Parteolla	3.1	Quartu Sant'Elena	1	
4.Sarabus - Gerrei	4.1	Muravera	1	
		San Vito		
		Villaputzu		
5.Sarcidano - Barbagia di Seulo - Trexenta	5.3	Esterzili	1	
		Sadali		
		Seulo		
		Villanovatulo		



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSISTENZA PRIMARIA
Zone Carenti Anno 2020

ALLEGATO 2

ASSL

SASSARI

DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	SEDI VACANTI	COMUNE APERTURA AMBULATORIO
SASSARI	1.1	Sassari	17	
	1.2	Porto Torres - Stintino	3	
	1.3	Castelsardo – Nulvi S.Maria Coghinas – Tergu Valledoria - Viddalba	3	
	1.4	Cargeghe-Codrongianus- Florinas-Muros-Ossi-Ploaghe- Tissi-Usini	3	
	1.6	Osilo – Sennori - Sorso	3	
ALGHERO	2.1	Banari – Bessude – Bonnannaro – Bonorva – Borutta – Cheremule – Cossoine – Giave – Mara – Padria – Pozzomaggiore – Semestene – Siligo – Thiesi Torralba	3	
	2.2	Ittiri-Monte Leone Rocca Doria- Putifigari-Romana-Uri- Villanova Monte Leone	1	
	2.3	Alghero - Olmedo	3	
OZIERI	3.1	Ardara – Ittireddu – Mores - Nughedu S. Nicolo – Ozieri – Pattada - Tula	1	
	3.2	Anela – Benetutti – Bono Bottida – Bultei – Burgos Esportatu – Illorai - Nule	2	

ASSL

OLBIA

DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	SEDI VACANTI	COMUNE APERTURA AMBULATORIO
OLBIA	1.1	Olbia - Golfo Aranci - Telti	6	Olbia
	1.3	Arzachena – Palau Sant Antonio	2	1 Palau 1 Arzachena
	1.4	S. Teresa di Gallura	1	
	1.6	Loiri – Padru – Budoni – S. Teodoro	1	
LA MADDALENA	1.2	La Maddalena	1	
TEMPIO PAUSANIA	2.3	Aglientu – Badesi – Luogosanto Trinità D'Agultu	1	



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSL		NUORO		
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	SEDI VACANTI	COMUNE APERTURA AMBULATORIO
NUORO	1.3	Oliena	1	Oliena
	1.4	Oizai – Oniferi – Orani – Orotelli – Ottana – Sarule	2	1 Oniferi 1 Orani
SINISCOLA	3.2	Galtelli – Irgoli – Loculi – Onifai - Orosei	1	Galtelli

ASSL		LANUSEI		
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	SEDI VACANTI	COMUNE APERTURA AMBULATORIO
TORTOLI	1.1	Baunei – Lotzorai – Talana – Triei – Urzulei	1	
	1.2	Girasole – Tortoli	1	
	1.3	Arzana - Villagrande Strisaili	1	Arzana
	1.5	Elini – Ilbono – Lanusei	1	
	1.7	Gairo – Osini – Seui - Ulassai Ussassai	1	Osini - Ulassai

ASSL		ORISTANO		
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	SEDI VACANTI	COMUNE APERTURA AMBULATORIO
ORISTANO	1.3	Oristano - Palmas Arborea - Santa Giusta	2	
ALES - TERRALBA	3.3	Baradili-Baressa	1	
		Gonnoscodina-Gonnosnò		
		Gonnostramatza-Masullas		
		Mogoro-Morgongiori		
		Pompu-Simala-Sini-Siris		

ASSL		SANLURI		
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	SEDI VACANTI	COMUNE APERTURA AMBULATORIO
GUSPINI	1.4	Villacidro	1	
SANLURI	2.3	Serramanna	1	
	2.4	Barumini – Genuri – Gesturi- Las Plassas – Setzu- Tuili - Villanovafranca	1	

ASSL		CARBONIA		
------	--	----------	--	--



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	SEDI VACANTI	COMUNE APERTURA AMBULATORIO
CARBONIA	1.1	Carbonia - Portoscuso	6	
	1.2	San Giovanni Suergiu Tratalias -	2	
	1.3	Calasetta - Sant'Antioco	4	
	1.5	Narcao – Nuxis – Perdaxius – Santadi - Villaperuccio	1	
	1.6	Giba – Masainas – Piscinas – S.Anna Arresi	1	Piscinas
	IGLESIAS	2.1	Buggerru – Fluminimaggiore	1
2.3		Gonnesa - Iglesias	1	

ASSL

CAGLIARI

DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	SEDI VACANTI	COMUNE APERTURA AMBULATORIO
1 - Area Vasta	1.1	Cagliari- Monserrato	28	
		Quartucciu- Selargius		
		Settimo San Pietro		
	1.2	Monastir	4	
		Sestu- Ussana		
2 - Area Ovest	2.1	Assemini- Decimomannu	5	
		Elmas- San Sperate -Uta		
	2.2	Decimoputzu-Siliqua	2	
		Vallemosa-Villasor		
		2.5	Sarroch-Villa San Pietro	1
3 - Quartu - Parteolla	3.1	Quartu Sant'Elena	2	
	3.2	Burcei –Maracalagonis	5	
Sinnai				
4 - Sarrabus - Gerrei	4.1	Muravera-Sav Vito	2	
		Villaputzu		
	4.3	Armungia-Ballao	1	
		San Nicolo Gerrei-Silius		
		Villasalto		
5 - Sarcidano-Barbagia di Seulo-Trexenta	5.1	Escolca-Gergei-Isili	2	
		Nuragus-Nurallao-Serri		
	5.2	Escalaplano- Nurri- Orroli	1	
	5.4	Goni-San Basilio	2	
		S.Andrea Frius-Senorbi		
	5.5	Barrali-Guamaggiore	2	
		Guasila-Ortacesus-Pimentel		
		Samatzai-Selegas		



Modulistica

Il presente allegato contiene otto possibili modelli di domanda (fac-simile), ciascuno con annessa dichiarazione sostitutiva di atto notorio, a seconda della fattispecie di interesse del candidato:

- 1) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA (**PER TRASFERIMENTO ANNO 2019**)
- 2) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA (**PER GRADUATORIA ANNO 2019**)
- 3) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA **Medici che hanno acquisito il titolo successivamente alla scadenza del termine previsto per la domanda di inserimento in graduatoria regionale) ANNO 2019**
- 4) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA **Medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale) ANNO 2019**
- 5) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA (**PER TRASFERIMENTO ANNO 2020**)
- 6) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA (**PER GRADUATORIA ANNO 2020**)
- 7) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA **(Medici che hanno acquisito il titolo successivamente alla scadenza del termine previsto per la domanda di inserimento in graduatoria regionale) ANNO 2020**
- 8) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA **(Medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale) ANNO 2020**



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

1)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA (PER TRASFERIMENTO ANNO 2019)

Bollo 16 €

n. identificativo della marca da bollo

Nr. _____

ASSL CAGLIARI
Via Pier della Francesca, 1
09047 Selargius (CA)

Il sottoscritto Dr. _____ nato a _____ Prov. _____ il _____ M F codice fiscale _____ Residente a _____ prov. _____ Via _____ n. _____ CAP _____ tel. _____.

A far data dal _____ è residente nel territorio della Regione _____; titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso Area socio sanitaria locale di _____ per l'ambito territoriale di _____ della Regione _____ dal ____/____/____.

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 34 dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale del 23/03/2005, così come modificato dall'art. 5 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale, reso esecutivo con l'intesa Stato-Regioni del 21 giugno 2018 e s.m.i., per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma della Sardegna n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

Table with 8 columns: ASYL, AMBITO, ASYL, AMBITO. It contains 6 rows of empty fields for specifying transfer requests.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo di posta elettronica certificata intestato al sottoscritto:

Allega alla presente, unitamente alla copia fotostatica del documento di identità, la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva, atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico per trasferimento ai sensi dell'articolo 34, comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale e l'anzianità complessiva di incarico in assistenza primaria.

allegati n. _____ (_____) documenti.

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente in materia, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma per esteso _____



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

(PER TRASFERIMENTO ANNO 2019)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente in _____ via _____ n. _____ ai sensi e agli
effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere,
di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. citato,

dichiara di:

- essere residente nella Regione _____ dal _____ nel Comune di _____ dal _____;
- essere attualmente titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso l'ambito territoriale n° _____ dell'Area socio sanitaria locale di _____ della Regione _____ dal _____/_____/_____, (*) con una anzianità complessiva di 1° incarico a tempo indeterminato decorrente dal _____;
- aver prestato servizio, continuativo quale medico per l'assistenza primaria a tempo indeterminato:
dal _____/_____/_____ (*) al _____/_____/_____ (*) ambito territoriale n. _____ ASSSL di _____;
dal _____/_____/_____ (*) al _____/_____/_____ (*) ambito territoriale n. _____ ASSSL di _____;
dal _____/_____/_____ (*) al _____/_____/_____ (*) ambito territoriale n. _____ ASSSL di _____;
- aver sospeso il servizio, quale medico convenzionato per l'assistenza primaria a tempo indeterminato:
dal _____/_____/_____ (*) al _____/_____/_____ (*) per _____;
dal _____/_____/_____ (*) al _____/_____/_____ (*) per _____;
dal _____/_____/_____ (*) al _____/_____/_____ (*) per _____;
dal _____/_____/_____ (*) al _____/_____/_____ (*) per _____;

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente in materia, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma

Ai sensi dell'art. 47, comma 1 3 art. 38, comma 3, del DPR n. 445/2000 la dichiarazione sostitutiva di atto notorio **è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.**

* Indicare giorno, mese, anno; la data indicata per i servizi ricoperti deve essere quella di conferimento della titolarità da parte dell'Area Socio Sanitaria Locale.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

(art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

(PER TRASFERIMENTO ANNO 2019)

Il sottoscritto Dr. _____ nato a _____ il _____ residente in _____ via _____ n. _____ iscritto all'Albo dei _____ della Provincia di _____ ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. citato,

dichiara di:

- 1) essere/non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):
Soggetto _____ ore settimanali ____ Via _____
_____ Comune di _____ Tipo di rapporto di lavoro _____ periodo dal _____;
- 2) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale del 23/03/2005 con massimale di n. ____ scelte e con n. ____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ ASL di _____ periodo dal _____;
- 3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la pediatria di libera scelta del 15/12/2005 con massimale di n. ____ scelte ASL di _____ periodo dal _____;
- 4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno (2);
ASL di _____ branca _____ ore sett. ____
- 5) svolgere/non svolgere (1) attività di medico specialista ambulatoriale accreditato (2)
Provincia _____ branca _____ periodo dal _____;
- 6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 c 5, decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:
ASL di _____ Via _____
Tipo di attività _____ periodo dal _____;
- 7) essere/non essere (1) titolare di incarico nella continuità assistenziale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione Sardegna o in altra regione (2): Regione _____ ASL di _____ ore sett. _____ in forma attiva - in forma di disponibilità (1);
- 8) essere/non essere (1) titolare di incarico nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione Sardegna o in altra regione (2): Regione _____ ASL di _____ ore sett. _____ in forma attiva - in forma di disponibilità (1);
- 9) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:
Denominazione del corso: _____
Soggetto pubblico che lo svolge _____
Inizio dal _____;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- 10) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le ASSSL ai sensi dell'art. 8 - quinquies del D.L.vo 502/92 e successive modificazioni (2):
Organismo _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo dal _____;
- 11) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78 (2):
Organismo _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo dal _____;
- 12) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della legge n. 626/93
ASSSL di _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Periodo dal _____;
- 13) svolgere/non svolgere (1), per conto dell'INPS dell'ASSSL di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte (2) ;
Area socio sanitaria locale di _____ Comune di _____
Periodo dal _____;
- 14) avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche (2):

_____ Periodo dal _____;
- 15) essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

- 16) fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale;
Periodo dal _____;
- 17) svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere nessuna);

Periodo dal _____;
- 18) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato (1) (2):
ASSSL di _____ Comune di _____ ore sett _____
Tipo di attività _____
Periodo dal _____;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- 19) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1,2,3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4,5,6,7):

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo dal _____;

- 20) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a (2):

_____ Periodo dal _____

_____;

- 21) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2) soggetto erogante il trattamento pensionistico _____

Pensionato dal _____;

note _____

Data _____

Firma

Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del DPR n. 445/2000 **la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.**

(1) - cancellare la parte che non interessa

(2) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE".



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

2)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA (PER GRADUATORIA ANNO 2019)

Bollo 16 €

n. identificativo della marca da bollo

Nr. _____

ASSL CAGLIARI
Via Pier della Francesca, 1
09047 Selargius (CA)

Il sottoscritto Dr. _____ nato a _____ Prov. _____ il _____ M [] F [] codice fiscale _____ Residente a _____ prov. _____ Via _____ n. _____ CAP _____ tel. _____, inserito nella graduatoria unica regionale di cui all'art. 15 e ss.mm.ii. dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale valevole per l'anno 2019 pubblicata sul BURAS n. 55 del 13.12.2018;

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2, lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale del 23/03/2005, così come modificato dall'art. 5 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale, reso esecutivo con l'intesa Stato-Regioni del 21 giugno 2018, e s.m.i., di assegnazione degli incarichi vacanti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma della Sardegna n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

Table with 8 columns: ASYL, AMBITO, ASYL, AMBITO, ASYL, AMBITO, ASYL, AMBITO

Chiede a tal fine di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato (barrare una sola casella; in caso di barratura di entrambe le caselle o mancata indicazione della riserva prescelta, la domanda non potrà essere valutata):

- [] riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 o 277/2003
[] riserva per i medici in possesso del titolo equipollente.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo di posta elettronica certificata intestato al sottoscritto:

Allega alla presente, unitamente alla copia fotostatica del documento di identità, la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva, atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'articolo 34 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale:

allegati n. _____ (_____) documenti.

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente in materia, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____ Firma per esteso _____



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

(PER GRADUATORIA ANNO 2019)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
_____ ai sensi e agli effetti dell'art.46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di
dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. citato,

dichiara:

- di essere residente nella Regione _____ dal _____ nel Comune di _____ dal _____;
- dichiara altresì, di essere stato precedentemente a tale data, residente nel Comune (1) di _____ dal _____;

Data _____

Firma

(1) Qualora negli ultimi due anni siano stati cambiati più Comuni di residenza, indicare quali con i relativi periodi.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

(art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

(PER GRADUATORIA ANNO 2019)

Il sottoscritto Dr. _____ nato a _____ il _____ residente
in _____ via _____ n. _____ iscritto all'Albo dei _____
della Provincia di _____ ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle
sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. citato,

dichiara di:

- 22) essere/non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):
Soggetto _____ ore settimanali ____ Via _____
_____ Comune di _____ Tipo di rapporto di lavoro _____ periodo dal _____;
- 23) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale del 23/03/2005 con massimale di n. ____ scelte e con n. ____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ ASL _____ periodo dal _____;
- 24) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la pediatria di libera scelta del 15/12/2005 con massimale di n. ____ scelte ASL _____ periodo dal _____;
- 25) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno (2);
ASL _____ branca _____ ore sett. ____
- 26) svolgere/non svolgere (1) attività di medico specialista ambulatoriale accreditato (2)
Provincia _____ branca _____ periodo dal _____;
- 27) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 c 5, decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:
ASL di _____ Via _____
Tipo di attività _____ periodo dal _____;
- 28) essere/non essere (1) titolare di incarico nella continuità assistenziale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione Sardegna o in altra regione (2): Regione _____ Area socio Sanitaria Locale di _____ ore sett. _____ in forma attiva - in forma di disponibilità (1);
- 29) essere/non essere (1) titolare di incarico nell'emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione Sardegna o in altra regione (2): Regione _____ Area socio Sanitaria Locale di _____ ore sett. _____ in forma attiva - in forma di disponibilità (1)
- 30) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:
Denominazione del corso: _____
Soggetto pubblico che lo svolge _____
Inizio dal _____;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- 31) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le ASSSL ai sensi dell'art. 8 - quinquies del D.L.vo 502/92 e successive modificazioni (2):
Organismo _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo dal _____;
- 32) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78 (2):
Organismo _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo dal _____;
- 33) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della legge n. 626/93
ASSSL di _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Periodo dal _____;
- 34) svolgere/non svolgere (1), per conto dell'INPS dell'ASSSL di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte (2) ;
ASSSL di _____ Comune di _____
Periodo dal _____;
- 35) avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche (2):

_____ Periodo dal _____;
- 36) essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

- 37) fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale;
Periodo dal _____;
- 38) svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere nessuna);

Periodo dal _____;
- 39) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato (1) (2):
ASSSL di _____ Comune di _____ ore sett _____
Tipo di attività _____
Periodo dal _____;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- 40) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1,2,3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4,5,6,7):

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo dal _____;

- 41) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a (2):

_____ Periodo dal

_____;

- 42) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2) soggetto erogante il trattamento pensionistico _____

Pensionato dal _____;

note _____

Data _____

Firma

Ai sensi dell'art. 47, comma 1 e dell'art. 38, comma 3, del DPR n. 445/2000 la dichiarazione sostitutiva di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

(1) - cancellare la parte che non interessa

(2) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE".



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

3)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA ANNUALITA' 2019

BOLLO € 16

(Medici che hanno acquisito il titolo successivamente alla scadenza del termine previsto per la domanda di inserimento in graduatoria regionale)

A.S.S.L. di Cagliari
Via Pier della Francesca, 1
09047 Selargius (CA)

n. identificativo della marca da bollo nr. _____

Il sottoscritto/a Dr. nato/a a il
residente a prov. Via n.
CAP tel. cell.

FA DOMANDA

secondo quanto dall'art. 34 dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale del 23/03/2005, così come modificato dall'art. 5 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale, reso esecutivo con l'intesa Stato-Regioni del 21 giugno 2018, e s.m.i., di assegnazione degli incarichi vacanti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma della Sardegna n. del , e segnatamente per i seguenti incarichi::

Table with 6 columns: SEDE, ASSSL, SEDE, ASSSL, SEDE, ASSSL. It contains 7 rows of empty boxes for data entry.

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/00:

DICHIARA

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

di essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale conseguito a in data a seguito del triennio

di essere residente nel Comune di prov. dal a tutt'oggi (giorno/mese/anno)

precedenti residenze:
dal al Comune di prov.
dal al Comune di prov.
dal al Comune di prov.

Allega dichiarazione sostitutiva di atto notorio per l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità.
Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo di posta elettronica certificata intestato al sottoscritto:

Data Firma 1

1 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).



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto/a.....
nato/a aprov.il
.....
residente a prov.
.....
Via n. CAP
.....
ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

D I C H I A R A

- 1) essere/non essere * titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente presso soggetti pubblici o privati:
soggetto ore settimanali via
..... comune tipo di rapporto di lavoro
..... dal
- 2) essere/non essere * titolare di incarico di assistenza primaria presso l'Area socio sanitaria locale di..... ambito territoriale di.....;
- 3) essere/non essere * titolare di incarico come medico specialista pediatra di libera scelta presso l'Area socio sanitaria locale di..... ambito territoriale di.....;
- 4) essere/non essere * titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:
A.S.S.L branca ore settimanali;
A.S.S.L branca ore settimanali
- 5) essere/non essere * iscritto negli elenchi dei medici specialisti preaccreditati esterni:
provincia branca dal
- 6) essere/non essere * titolare di incarico a tempo determinato o indeterminato di continuità assistenziale o emergenza sanitaria territoriale nella Regione.....Azienda
..... ore settimanali
- 7) essere/non essere * iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al decreto legislativo n. 256/91 o a corsi di specializzazione di cui al decreto legislativo n. 257/91 e corrispondenti norme del decreto legislativo n. 368/99:
denominazione del corso soggetto che lo
svolge.....inizio dal
- 8) operare/non operare * a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le A.S.S.L. ai sensi dell'art. 8 quinquies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:
organismoore settimanalicomune
..... tipo di attivitàtipo di lavoro dal
.....;
- 9) operare/non operare * a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 48 della legge n.833/78:
organismo..... ore
settimanali....comune..... tipo di attivitàtipo di rapporto di
lavorodal
- 10) svolgere/non svolgere * funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della legge n.626/93: Azienda ore settimanalial
- 11) svolgere/non svolgere * per conto dell'INPS o dell'A.S.S.L di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito del quale può acquisire scelte: A.S.S.L.
comune.....dal
- 12) avere/non avere * qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:.....dal
.....;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- 13) essere/non essere * titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possano configurare un conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il servizio sanitario nazionale: dal
- 14) fruire/non fruire * del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14 ottobre 1976 del Ministero del lavoro e della previdenza sociale: dal
- 15) svolgere/non svolgere * altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate: dal
tipo di attività
- 16) essere/non essere * titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate: Azienda..... tipo di attività ore settimanali dal
- 17) operare/non operare * a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico oltre alle ipotesi sopra evidenziate, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata soggetto pubblico..... via..... comune tipo di rapporto di lavoro tipo di attività dal
- 18) essere/non essere * titolare di trattamento di pensione: dal
- 19) fruire/non fruire * del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita: dal
soggetto erogatore dell'adeguamento..... dal

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero ².

Data

Firma ³

* **Cancellare la voce che non interessa**

² **Ai sensi dell'art. 76, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia".**

³ **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).**



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

4)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA ANNUALITA' 2019

BOLLO € 16

Medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale)

A.S.S.L. di Cagliari
Via Pier della Francesca, 1
09047 Selargius (CA)

n. identificativo della marca da bollo nr.

Il sottoscritto/a Dr. nato/a a il

residente a prov. Via n.

CAP tel. cell.

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 9 comma 1 del Decreto Legge 135/2018, convertito con la Legge n. 12/2019, per l'assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati nel BURAS n. del , come di seguito indicato:

Table with 6 columns: SEDE, ASSSL, SEDE, ASSSL, SEDE, ASSSL. It contains 7 rows of empty boxes for data entry.

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/00:

DICHIARA

- 1) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di... in data... con voto...
2) di frequentare il corso di formazione specifica in medicina generale relativo al corso triennale... presso la regione Sardegna iniziato in data...
3) di essere residente nel Comune di... prov... dal... a tutt'oggi (giorno/mese/anno)
4) precedenti residenze: dal... al... Comune di... prov... dal... al... Comune di... prov... dal... al... Comune di... prov...

Allega dichiarazione sostitutiva di atto notorio per l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità. Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo di posta elettronica certificata intestato al sottoscritto:

Data Firma 4

4 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).



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto/a
nato/a aprov.il
residente aprov.
.....
Via n. CAP
.....
ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

D I C H I A R A

- 1) essere/non essere * titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente presso soggetti pubblici o privati:
soggetto ore settimanali via
..... comune tipo di rapporto di lavoro
..... dal
- 2) essere/non essere * titolare di incarico di assistenza primaria presso l'Area socio sanitaria locale di..... ambito territoriale di.....;
- 3) essere/non essere * titolare di incarico come medico specialista pediatra di libera scelta presso l'Area socio sanitaria locale di..... ambito territoriale di.....;
- 4) essere/non essere * titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:
A.S.S.L branca ore settimanali;
A.S.S.L branca ore settimanali
- 5) essere/non essere * iscritto negli elenchi dei medici specialisti preaccreditati esterni:
provincia branca dal
- 6) essere/non essere * titolare di incarico a tempo determinato o indeterminato di continuità assistenziale o emergenza sanitaria territoriale nella Regione.....Azienda
..... ore settimanali
- 7) essere/non essere * iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al decreto legislativo n. 256/91 o a corsi di specializzazione di cui al decreto legislativo n. 257/91 e corrispondenti norme del decreto legislativo n. 368/99:
denominazione del corso soggetto che lo
svolge.....inizio dal
- 8) operare/non operare * a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le A.S.S.L. ai sensi dell'art. 8 quinquies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:
organismoore settimanalicomune
..... tipo di attivitàtipo di lavoro dal
.....;
- 9) operare/non operare * a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 48 della legge n.833/78:
organismo..... ore
settimanali.....comune..... tipo di attivitàtipo di rapporto di
lavoro dal
- 10) svolgere/non svolgere * funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della legge n.626/93: Azienda ore settimanalial
- 11) svolgere/non svolgere * per conto dell'INPS o dell'A.S.S.L. di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito del quale può acquisire scelte: A.S.S.L.
comune.....dal
- 12) avere/non avere * qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:.....dal
.....;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- 13) essere/non essere * titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possano configurare un conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il servizio sanitario nazionale: dal
- 14) fruire/non fruire * del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14 ottobre 1976 del Ministero del lavoro e della previdenza sociale: dal
- 15) svolgere/non svolgere * altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate: dal
tipo di attività
- 16) essere/non essere * titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate: Azienda..... tipo di attività ore settimanali dal
- 17) operare/non operare * a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico oltre alle ipotesi sopra evidenziate, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata soggetto pubblico..... via..... comune tipo di rapporto di lavoro tipo di attività dal
- 18) essere/non essere * titolare di trattamento di pensione: dal
- 19) fruire/non fruire * del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita: dal
soggetto erogatore dell'adeguamento..... dal

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero ⁵.

Data

Firma ⁶

* **Cancellare la voce che non interessa**

⁵ **Ai sensi dell'art. 76, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia".**

⁶ **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).**



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

5)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA (PER TRASFERIMENTO ANNO 2020)



n. identificativo della marca da bollo

Nr. _____

ASSL CAGLIARI
Via Pier della Francesca, 1
09047 Selargius (CA)

Il sottoscritto Dr. _____ nato a _____ Prov. _____
il _____ M F codice fiscale _____ Residente
a _____ prov. _____ Via _____ n. _____ CAP _____
tel. _____.

A far data dal _____ è residente nel territorio della Regione _____; titolare di
incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso Area socio sanitaria locale di
_____ per l'ambito territoriale di _____ della Regione
_____ dal ____/____/____.

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 34 dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale del 23/03/2005, così come modificato
dall'art. 5 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale, reso esecutivo con l'intesa
Stato-Regioni del 21 giugno 2018 e s.m.i., per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul
Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma della Sardegna n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti
incarichi:

Table with 8 columns: ASYL, AMBITO, ASYL, AMBITO. It contains 6 rows of empty fields for specifying transfer requests.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo di posta elettronica certificata intestato al sottoscritto:

Allega alla presente, unitamente alla copia fotostatica del documento di identità, la documentazione o autocertificazione e
dichiarazione sostitutiva, atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico per trasferimento ai sensi dell'articolo 34,
comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale e l'anzianità complessiva di incarico in assistenza primaria.

allegati n. _____ (_____) documenti.

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente in materia, che i dati personali raccolti saranno trattati,
anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma per esteso _____



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

(PER TRASFERIMENTO ANNO 2020)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente in _____ via _____ n. _____ ai sensi e agli
effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere,
di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. citato,

dichiara di:

- essere residente nella Regione _____ dal _____ nel Comune di _____ dal _____;
- essere attualmente titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso l'ambito territoriale n° _____ dell'Area socio sanitaria locale di _____ della Regione _____ dal _____/_____/_____, (*) con una anzianità complessiva di 1° incarico a tempo indeterminato decorrente dal _____;
- aver prestato servizio, continuativo quale medico per l'assistenza primaria a tempo indeterminato:
dal _____/_____/_____ (*) al _____/_____/_____ (*) ambito territoriale n. _____ ASSSL di _____;
dal _____/_____/_____ (*) al _____/_____/_____ (*) ambito territoriale n. _____ ASSSL di _____;
dal _____/_____/_____ (*) al _____/_____/_____ (*) ambito territoriale n. _____ ASSSL di _____;
- aver sospeso il servizio, quale medico convenzionato per l'assistenza primaria a tempo indeterminato:
dal _____/_____/_____ (*) al _____/_____/_____ (*) per _____;
dal _____/_____/_____ (*) al _____/_____/_____ (*) per _____;
dal _____/_____/_____ (*) al _____/_____/_____ (*) per _____;
dal _____/_____/_____ (*) al _____/_____/_____ (*) per _____;

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente in materia, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma

Ai sensi dell'art. 47, comma 1 3 art. 38, comma 3, del DPR n. 445/2000 la dichiarazione sostitutiva di atto notorio **è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.**

* Indicare giorno, mese, anno; la data indicata per i servizi ricoperti deve essere quella di conferimento della titolarità da parte dell'Area Socio Sanitaria Locale.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

(art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

(PER TRASFERIMENTO ANNO 2020)

Il sottoscritto Dr. _____ nato a _____ il _____ residente
in _____ via _____ n. _____ iscritto all'Albo dei _____
della Provincia di _____ ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle
sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. citato,

dichiara di:

- 43) essere/non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):
Soggetto _____ ore settimanali ____ Via _____
_____ Comune di _____ Tipo di rapporto di lavoro _____ periodo dal _____;
- 44) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale del 23/03/2005 con massimale di n. ____ scelte e con n. ____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ ASL di _____ periodo dal _____;
- 45) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la pediatria di libera scelta del 15/12/2005 con massimale di n. ____ scelte ASL di _____ periodo dal _____;
- 46) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno (2);
ASL di _____ branca _____ ore sett. ____
- 47) svolgere/non svolgere (1) attività di medico specialista ambulatoriale accreditato (2)
Provincia _____ branca _____ periodo dal _____;
- 48) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 c 5, decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:
ASL di _____ Via _____
Tipo di attività _____ periodo dal _____;
- 49) essere/non essere (1) titolare di incarico nella continuità assistenziale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione Sardegna o in altra regione (2): Regione _____ ASL di _____ ore sett. _____ in forma attiva - in forma di disponibilità (1);
- 50) essere/non essere (1) titolare di incarico nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione Sardegna o in altra regione (2): Regione _____ ASL di _____ ore sett. _____ in forma attiva - in forma di disponibilità (1);
- 51) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:
Denominazione del corso: _____
Soggetto pubblico che lo svolge _____
Inizio dal _____;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- 52) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le ASSSL ai sensi dell'art. 8 - quinquies del D.L.vo 502/92 e successive modificazioni (2):
Organismo _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo dal _____;
- 53) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78 (2):
Organismo _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo dal _____;
- 54) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della legge n. 626/93
ASSSL di _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Periodo dal _____;
- 55) svolgere/non svolgere (1), per conto dell'INPS dell'ASSSL di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte (2) ;
Area socio sanitaria locale di _____ Comune di _____
Periodo dal _____;
- 56) avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche (2):

_____ Periodo dal _____;
- 57) essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

- 58) fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale;
Periodo dal _____;
- 59) svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere nessuna);

Periodo dal _____;
- 60) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato (1) (2):
ASSSL di _____ Comune di _____ ore sett _____
Tipo di attività _____
Periodo dal _____;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- 61) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1,2,3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4,5,6,7):

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo dal _____;

- 62) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a (2):

_____ Periodo dal _____

_____;

- 63) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2) soggetto erogante il trattamento pensionistico _____

Pensionato dal _____;

note _____

Data _____

Firma

Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del DPR n. 445/2000 **la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.**

(1) - cancellare la parte che non interessa

(2) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE".



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

6)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA (PER GRADUATORIA ANNO 2020)

Bollo 16 €

n. identificativo della marca da bollo

Nr. _____

ASSL CAGLIARI Via Pier della Francesca, 1 09047 Selargius (CA)

Il sottoscritto Dr. _____ nato a _____ Prov. _____ il _____ M F codice fiscale _____ Residente a _____ prov. _____ Via _____ n. _____ CAP _____ tel. _____, inserito nella graduatoria unica regionale di cui all'art. 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale e ss.mm.ii. valevole per l'anno 2020 pubblicata sul BURAS n. 15 del 26.03.2020 così come rettificata con successiva pubblicazione sul BURAS n. 26 del 07.05.2020

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2, lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale del 23/03/2005, così come modificato dall'art. 5 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale, reso esecutivo con l'intesa Stato-Regioni del 21 giugno 2018, e s.m.i., di assegnazione degli incarichi vacanti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma della Sardegna n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

Table with 6 columns: ASYL, AMBITO, ASYL, AMBITO, ASYL, AMBITO. Each row contains the text 'ASYL' and 'AMBITO' in the first two columns of each pair.

Chiede a tal fine di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato (barrare una sola casella; in caso di barratura di entrambe le caselle o mancata indicazione della riserva prescelta, la domanda non potrà essere valutata):

- riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 o 277/2003
 riserva per i medici in possesso del titolo equipollente.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo di posta elettronica certificata intestato al sottoscritto:

Allega alla presente, unitamente alla copia fotostatica del documento di identità, la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva, atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'articolo 34, comma 2, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale:

allegati n. _____ (_____) documenti.

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente in materia, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____ Firma per esteso _____



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

(PER GRADUATORIA ANNO 2020)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ ai sensi e agli effetti dell'art.46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. citato,

dichiara:

- di essere residente nella Regione _____ dal _____ nel Comune di _____ dal _____;
- dichiara altresì, di essere stato precedentemente a tale data, residente nel Comune (1) di _____ dal _____;

Data _____

Firma

(1) Qualora negli ultimi due anni siano stati cambiati più Comuni di residenza, indicare quali con i relativi periodi.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

(art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

(PER GRADUATORIA ANNO 2020)

Il sottoscritto Dr. _____ nato a _____ il _____ residente
in _____ via _____ n. _____ iscritto all'Albo dei _____
della Provincia di _____ ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle
sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. citato,

dichiara di:

- 64) essere/non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):
Soggetto _____ ore settimanali ____ Via _____
_____ Comune di _____ Tipo di rapporto di lavoro _____ periodo dal _____;
- 65) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale del 23/03/2005 con massimale di n. ____ scelte e con n. ____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ ASL _____ periodo dal _____;
- 66) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la pediatria di libera scelta del 15/12/2005 con massimale di n. ____ scelte ASL _____ periodo dal _____;
- 67) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno (2);
ASL _____ branca _____ ore sett. ____
- 68) svolgere/non svolgere (1) attività di medico specialista ambulatoriale accreditato (2)
Provincia _____ branca _____ periodo dal _____;
- 69) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 c 5, decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:
ASL di _____ Via _____
Tipo di attività _____ periodo dal _____;
- 70) essere/non essere (1) titolare di incarico nella continuità assistenziale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione Sardegna o in altra regione (2): Regione _____ Area socio Sanitaria Locale di _____ ore sett. _____ in forma attiva - in forma di disponibilità (1);
- 71) essere/non essere (1) titolare di incarico nell'emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione Sardegna o in altra regione (2): Regione _____ Area socio Sanitaria Locale di _____ ore sett. _____ in forma attiva - in forma di disponibilità (1)
- 72) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:
Denominazione del corso: _____
Soggetto pubblico che lo svolge _____
Inizio dal _____;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- 73) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le ASSSL ai sensi dell'art. 8 - quinquies del D.L.vo 502/92 e successive modificazioni (2):
Organismo _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo dal _____;
- 74) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78 (2):
Organismo _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo dal _____;
- 75) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della legge n. 626/93
ASSSL di _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Periodo dal _____;
- 76) svolgere/non svolgere (1), per conto dell'INPS dell'ASSSL di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte (2) ;
ASSSL di _____ Comune di _____
Periodo dal _____;
- 77) avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche (2):

_____ Periodo dal _____;
- 78) essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

- 79) fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale;
Periodo dal _____;
- 80) svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere nessuna);

Periodo dal _____;
- 81) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato (1) (2):
ASSSL di _____ Comune di _____ ore sett _____
Tipo di attività _____
Periodo dal _____;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

82) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1,2,3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4,5,6,7):

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo dal _____;

83) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a (2):

_____ Periodo dal _____

_____;

84) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2) soggetto erogante il trattamento pensionistico _____

Pensionato dal _____;

note _____

Data _____

Firma

Ai sensi dell'art. 47, comma 1 e dell'art. 38, comma 3, del DPR n. 445/2000 la dichiarazione sostitutiva di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

(1) - cancellare la parte che non interessa

(2) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE".



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

7)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA ANNUALITA' 2020

BOLLO € 16

(Medici che hanno acquisito il titolo successivamente alla scadenza del termine previsto per la domanda di inserimento in graduatoria regionale)

A.S.S.L. di Cagliari
Via Pier della Francesca, 1
09047 Selargius (CA)

n. identificativo della marca da bollo nr. _____

Il sottoscritto/a Dr. nato/a a il
residente a prov. Via n.
CAP tel. cell.

FA DOMANDA

secondo quanto dall'art. 34 dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale del 23/03/2005, così come modificato dall'art. 5 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale, reso esecutivo con l'intesa Stato-Regioni del 21 giugno 2018, e s.m.i., di assegnazione degli incarichi vacanti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma della Sardegna n. del , e segnatamente per i seguenti incarichi::

Table with 6 columns: SEDE, ASSSL, SEDE, ASSSL, SEDE, ASSSL. It contains 7 rows of empty boxes for data entry.

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/00:

DICHIARA

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

di essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale conseguito a in data a seguito del triennio

di essere residente nel Comune di prov. dal a tutt'oggi (giorno/mese/anno)

precedenti residenze:
dal al Comune di prov.
dal al Comune di prov.
dal al Comune di prov.

Allega dichiarazione sostitutiva di atto notorio per l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità.
Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo di posta elettronica certificata intestato al sottoscritto:

Data Firma 7

7 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).



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto/a.....
nato/a aprov.il
.....
residente a prov.
.....
Via n. CAP
.....
ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

D I C H I A R A

- 20) essere/non essere * titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente presso soggetti pubblici o privati:
soggetto ore settimanali via
..... comune tipo di rapporto di lavoro
..... dal
- 21) essere/non essere * titolare di incarico di assistenza primaria presso l'Area socio sanitaria locale di..... ambito territoriale di.....;
- 22) essere/non essere * titolare di incarico come medico specialista pediatra di libera scelta presso l'Area socio sanitaria locale di..... ambito territoriale di.....;
- 23) essere/non essere * titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:
A.S.S.L. branca ore settimanali;
A.S.S.L. branca ore settimanali
- 24) essere/non essere * iscritto negli elenchi dei medici specialisti preaccreditati esterni:
provincia branca dal
- 25) essere/non essere * titolare di incarico a tempo determinato o indeterminato di continuità assistenziale o emergenza sanitaria territoriale nella Regione.....Azienda
..... ore settimanali
- 26) essere/non essere * iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al decreto legislativo n. 256/91 o a corsi di specializzazione di cui al decreto legislativo n. 257/91 e corrispondenti norme del decreto legislativo n. 368/99:
denominazione del corso soggetto che lo
svolge.....inizio dal
- 27) operare/non operare * a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le A.S.S.L. ai sensi dell'art. 8 quinquies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:
organismoore settimanalicomune
..... tipo di attivitàtipo di lavoro dal
.....;
- 28) operare/non operare * a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 48 della legge n.833/78:
organismo..... ore
settimanali....comune..... tipo di attivitàtipo di rapporto di
lavorodal
- 29) svolgere/non svolgere * funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della legge n.626/93: Azienda ore settimanalial
- 30) svolgere/non svolgere * per conto dell'INPS o dell'A.S.S.L di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito del quale può acquisire scelte: A.S.S.L.
comune.....dal
- 31) avere/non avere * qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:.....dal
.....;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- 32) essere/non essere * titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possano configurare un conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il servizio sanitario nazionale: dal
- 33) fruire/non fruire * del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14 ottobre 1976 del Ministero del lavoro e della previdenza sociale: dal
- 34) svolgere/non svolgere * altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate: dal
tipo di attività
- 35) essere/non essere * titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate: Azienda..... tipo di attività ore settimanali dal
- 36) operare/non operare * a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico oltre alle ipotesi sopra evidenziate, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata soggetto pubblico..... via..... comune tipo di rapporto di lavoro tipo di attività dal
- 37) essere/non essere * titolare di trattamento di pensione: dal
- 38) fruire/non fruire * del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita: dal
soggetto erogatore dell'adeguamento..... dal

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero ⁸.

Data

Firma ⁹

* **Cancellare la voce che non interessa**

⁸ **Ai sensi dell'art. 76, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia".**

⁹ **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).**



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

8)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA ANNUALITA' 2020

BOLLO € 16

Medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale)

A.S.S.L. di Cagliari
Via Pier della Francesca, 1
09047 Selargius (CA)

n. identificativo della marca da bollo nr.

Il sottoscritto/a Dr. nato/a a il

residente a prov. Via n.

CAP tel. cell.

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 9 comma 1 del Decreto Legge 135/2018, convertito con la Legge n. 12/2019, per l'assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati nel BURAS n. del , come di seguito indicato:

Table with 6 columns: SEDE, ASSSL, SEDE, ASSSL, SEDE, ASSSL. It contains 7 rows of empty boxes for data entry.

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/00:

DICHIARA

- 5) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di... in data... con voto...
6) di frequentare il corso di formazione specifica in medicina generale relativo al corso triennale... presso la regione Sardegna iniziato in data...
7) di essere residente nel Comune di... prov... dal... a tutt'oggi (giorno/mese/anno)
8) precedenti residenze: dal... al... Comune di... prov... dal... al... Comune di... prov... dal... al... Comune di... prov...

Allega dichiarazione sostitutiva di atto notorio per l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità.
Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo di posta elettronica certificata intestato al sottoscritto:

Data

Firma 10

10 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).



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto/a
nato/a aprov.il
residente aprov.
.....
Via n. CAP
.....
ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

D I C H I A R A

- 20) essere/non essere * titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente presso soggetti pubblici o privati:
soggetto ore settimanali via
..... comune tipo di rapporto di lavoro
..... dal
- 21) essere/non essere * titolare di incarico di assistenza primaria presso l'Area socio sanitaria locale di..... ambito territoriale di.....;
- 22) essere/non essere * titolare di incarico come medico specialista pediatra di libera scelta presso l'Area socio sanitaria locale di..... ambito territoriale di.....;
- 23) essere/non essere * titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:
A.S.S.L. branca ore settimanali;
A.S.S.L. branca ore settimanali
- 24) essere/non essere * iscritto negli elenchi dei medici specialisti preaccreditati esterni:
provincia branca dal
- 25) essere/non essere * titolare di incarico a tempo determinato o indeterminato di continuità assistenziale o emergenza sanitaria territoriale nella Regione.....Azienda
..... ore settimanali
- 26) essere/non essere * iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al decreto legislativo n. 256/91 o a corsi di specializzazione di cui al decreto legislativo n. 257/91 e corrispondenti norme del decreto legislativo n. 368/99:
denominazione del corso soggetto che lo
svolge.....inizio dal
- 27) operare/non operare * a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le A.S.S.L. ai sensi dell'art. 8 quinquies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:
organismoore settimanalicomune
..... tipo di attivitàtipo di lavoro dal
.....;
- 28) operare/non operare * a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 48 della legge n.833/78:
organismo..... ore
settimanali....comune..... tipo di attivitàtipo di rapporto di
lavoro dal
- 29) svolgere/non svolgere * funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della legge n.626/93: Azienda ore settimanalial
- 30) svolgere/non svolgere * per conto dell'INPS o dell'A.S.S.L di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito del quale può acquisire scelte: A.S.S.L. dal
- 31) avere/non avere * qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:.....dal
.....;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- 32) essere/non essere * titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possano configurare un conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il servizio sanitario nazionale: dal
- 33) fruire/non fruire * del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14 ottobre 1976 del Ministero del lavoro e della previdenza sociale: dal
- 34) svolgere/non svolgere * altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate: dal
tipo di attività
- 35) essere/non essere * titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate: Azienda..... tipo di attività ore settimanali dal
- 36) operare/non operare * a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico oltre alle ipotesi sopra evidenziate, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata soggetto pubblico..... via..... comune tipo di rapporto di lavoro tipo di attività dal
- 37) essere/non essere * titolare di trattamento di pensione: dal
- 38) fruire/non fruire * del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita: dal
soggetto erogatore dell'adeguamento..... dal

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero ¹¹.

Data

Firma ¹²

* **Cancellare la voce che non interessa**

¹¹ **Ai sensi dell'art. 76, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia".**

¹² **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).**