

competenza tecnico-scientifica, di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale n.37/11 del 30 luglio 2009;

2. di disporre la pubblicazione della presente determinazione sul B.U.R.A.S. e sul sito istituzionale della Regione.

La presente determinazione viene trasmessa all'Assessore degli Enti Locali, Finanze ed Urbanistica ai sensi dell'art. 21, comma 9, della L.R. n.31/1998.

Lai

#### **Assessorato Igiene e sanità e dell'assistenza sociale**

**Direzione generale della sanità**

**Servizio di promozione e governo delle reti di cura**

#### **Determinazione**

n. 1054 del 06 ottobre 2022

#### **Pubblicazione sedi carenti di Pediatria di Libera Scelta (PLS) – annualità 2022.**

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.;

VISTA la L.R. 24 dedicata alla riforma del sistema sanitario regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia;

VISTA la L.R. 31 del 13.11.1998, e ss.mm.ii.;

VISTO l'art. 4 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta recepito con atto d'Intesa in Conferenza Stato - Regioni in data 21.06.2018, che ha integralmente sostituito l'art. 33 dell'ACN 2005 recepito con atto d'Intesa in Conferenza Stato-Regioni il 15.12.2005 modificato ed integrato a sua volta dall'Accordo Collettivo Nazionale sottoscritto in Conferenza Stato-Regioni il 29.07.2009;

VISTO l'Accordo integrativo regionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta (AIR) approvato con la deliberazione della Giunta regionale n. 10/45 del 11.02.2009;

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;

VISTA la DGR 51/3 del 28.12.2012 con la quale sono definiti gli ambiti territoriali della Pediatria di libera scelta;

VISTA la DGR 39/7 del 26.09.2013 con la quale sono individuate le zone disagiate della Pediatria di libera scelta e parzialmente modificati gli ambiti di cui alla DGR 51/3 appena sopra richiamata;

VISTA la DGR 48/50 del 10.12.2021 con la quale è modificato l'ambito n. 2 della ASL di Carbonia e istituito il nuovo ambito n. 5 comprendente i comuni di Calasetta e Sant'Antioco;

VISTA la DGR 44/20 del 09.11.2021 ad oggetto "Rafforzamento dell'assistenza pediatrica sul territorio regionale";

VISTA la deliberazione n. 86 del 16.03.2022 del Direttore generale della ASL di Sassari con la quale lo stesso individua le sedi carenti per la Pediatria di libera scelta per l'annualità 2022;

VISTA la deliberazione n. 239 del 21.06.2022 del Direttore generale della ASL di Nuoro con la quale lo stesso individua le sedi carenti per la Pediatria di libera scelta per l'annualità 2022;

VISTA la deliberazione n. 171 del 06.06.2022 del Direttore generale della ASL di Oristano con la quale lo stesso individua le sedi carenti per la Pediatria di libera scelta per l'annualità 2022;

VISTA la deliberazione n. 172 del 29.07.2022 della Direttrice generale della ASL Sulcis con la quale la stessa individua le sedi carenti per la Pediatria di libera scelta per l'annualità 2022;

VISTA la deliberazione n. 394 del 05.10.2022 del Direttore generale della ASL di Cagliari con la quale lo stesso individua le sedi carenti per la Pediatria di libera scelta per l'annualità 2022;

VISTA la nota protocollo n. 33747 del 03.10.2022 con la quale il Direttore generale della ASL di Sassari conferma le due sedi carenti non assegnate per l'annualità 2021 relative agli ambiti n. 2 e n. 8 della ASL di Sassari;

VISTA la direttiva n. 2 in data 22.03.2022 del Segretario Generale della Presidenza della Regione Autonoma della Sardegna recante ad oggetto "Direttiva, in applicazione dell'art. 2 comma 3, lettere c), d) e h), della legge regionale 21 giugno 2021 n. 10, sul procedimento amministrativo, in particolare sui termini di conclusione dello stesso ai sensi degli articoli 2 e 2 bis della legge 7 agosto 1990 n. 241 e ai sensi dell'art. 15 e ss. della legge regionale 20 ottobre 2016 n. 24";

PRESO ATTO che, ai sensi e per gli effetti dell'art. 2 dell'Accordo Collettivo Nazionale recepito in Conferenza Stato - Regioni il 21.06.2018, che ha integrato e sostituito l'art. 15, comma 3, dell'ACN/2005 e ss.mm.ii., i medici pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato non possono far domanda di inserimento nella graduatoria e, pertanto, possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento;

CONSIDERATO quanto previsto dalla determinazione ARIS n. 1543 del 30.12.2021 con la quale è stata pubblicata, sul BURAS n. 1 del 07.02.2022, la graduatoria unica regionale definitiva dei medici pediatri di libera scelta valida per l'anno 2022;

CONSIDERATO altresì quanto previsto dalla determinazione ARIS n. 910 del 14.09.2022 con la quale è stata pubblicata, sul BURAS n. 42 del 22.09.2022, la graduatoria unica regionale definitiva dei medici pediatri di libera scelta valida per l'anno 2022, rettificata rispetto alla precedente appena sopra richiamata;

RITENUTO di dover espungere, dalle sedi carenti indicate nella deliberazione n. 86 del 16.03.2022 sopra richiamata, la sede individuata per l'ambito n. 9 della ASL di Sassari in quanto la stessa è stata individuata per errore, così come si evince dal verbale del Comitato zonale di Sassari riunitosi in data 03.03.2022 e come confermato in sede di Comitato regionale in data 07.07.2022;

RITENUTO altresì di dover integrare le sedi carenti individuate dalla ASL di Sassari per l'annualità 2022 con le due sedi relative agli ambiti n. 2 e n. 8, afferenti alla medesima ASL, non assegnate nell'annualità 2021 e di cui alla nota sopra richiamata n. 33747;

CONSIDERATO che in conformità a quanto previsto dall'art. 33 del sopra menzionato ACN del 2005 e ss.mm.ii., integralmente sostituito dall'art. 4 dell'ACN/2018, si rende necessario disporre la pubblicazione sul BURAS delle sedi carenti di Pediatria di libera scelta per l'annualità 2022;

CONSIDERATO che al conferimento dell'incarico possono concorrere i Pediatri secondo l'ordine di priorità previsto dall'art. 33 dell'ACN 15.12.2005 e ss.mm.ii., così come modificato e integralmente sostituito dall'art. 4 dell'ACN/2018 e ss.mm.ii.;

CONSIDERATO che l'Azienda ARES dovrà provvedere all'assegnazione degli ambiti territoriali carenti secondo le modalità previste dall'art. 33 dell'ACN/2005 e ss.mm.ii., così come modificato e integralmente sostituito dall'art. 4 dell'ACN/2018 e ss.mm.ii.;

DATO ATTO che le modalità organizzative di convocazione degli interessati verranno rese note contestualmente alla pubblicazione della graduatoria sul sito istituzionale ARES Sardegna;

RITENUTO in relazione al presente procedimento, di non trovarsi in conflitto di interessi, in attuazione dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 7, 15 e 19, comma 9, del Codice di "comportamento del personale della Regione Autonoma della Sardegna".

Determina

ART. 1 In conformità a quanto indicato nelle premesse, si dispone la pubblicazione sul BURAS delle sedi carenti per la pediatria di libera scelta per l'annualità 2022 così come indicate nell'allegato A) parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

ART. 2 Al conferimento dell'incarico possono

concorrere i Pediatri secondo l'ordine di priorità previsto dall'art. 33 dell'ACN 15.12.2005 e ss.mm.ii., così come modificato e integralmente sostituito dall'art. 4 dell'ACN/2018 e ss.mm.ii..

ART. 3 Ai sensi delle vigenti disposizioni i Pediatri interessati, entro 20 (venti) giorni a decorrere dal giorno successivo alla data di pubblicazione della presente determinazione sul BURAS, presentano apposita istanza all'ARES esclusivamente a mezzo PEC

all'indirizzo [incarichimedecinagenerale@pec.aressardegna.it](mailto:incarichimedecinagenerale@pec.aressardegna.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 L'ARES dovrà provvedere all'assegnazione delle sedi carenti secondo le modalità previste dall'art. 33 dell'ACN 15 dicembre 2005 e ss.mm.ii., così come modificato e integralmente sostituito dall'art. 4 dell'ACN/2018 e ss.mm.ii..

ART. 5 le modalità organizzative di convocazione degli interessati verranno rese note contestualmente alla pubblicazione della graduatoria sul sito istituzionale ARES.

Per quanto non espressamente previsto dal presente provvedimento si rimanda a quanto disposto dall'ACN del 15.12.2005 e ss.mm.ii..

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

**ALLEGATO 1a**  
**DOMANDA DI TRASFERIMENTO**  
**NEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI (ANNO 2022) DEI PEDIATRI CONVENZIONATI**  
**DELLA REGIONE SARDEGNA**

BOLLO € 16

ARES  
[incarichimedecinagenerale@pec.aressardegna.it](mailto:incarichimedecinagenerale@pec.aressardegna.it)

n. identificativo della marca da bollo

Nr. \_\_\_\_\_

Il sottoscritto/a dott. ....consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 e ss.mm.ii. dichiara di essere nato/a a.....il.....  
 Codice Fiscale ..... residente a ..... prov ..... Via .....  
 CAP..... a far data dal ..... Tel. .... cell. ....

Residente nel territorio della Regione ..... e titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza pediatrica presso l'Azienda sanitaria locale della regione ..... dal ..... (eventuali periodi di sospensione (art. 18, comma 1, dell'ACN/2005 e s.m.i.) dal ..... al .....) e con anzianità complessiva di medico specialista pediatra convenzionato pari a mesi ..... specializat ..... in data ..... con voto finale .....

**PRESENTA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

Ai sensi e per le finalità di cui all'art. 33, comma 5, lettera a) dell'ACN 2005 e s.m.i., integralmente sostituito dall'art. 4 dell'ACN/2018 nel sottoindicato ambito territoriale carente pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Sardegna n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ come di seguito indicato:

ASSL	Ambito Territoriale

Allega alla presente: la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà atta a comprovare il diritto a concorrere, l'autocertificazione attestante l'anzianità complessiva di incarico come pediatra convenzionato (allegato 2)) e copia del documento di identità in corso di validità e codice fiscale.

Allegati n. ....

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso il seguente indirizzo pec intestato al sottoscritto

.....

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

.....

.....

## ALLEGATO 1b

**DOMANDA DI TRASFERIMENTO  
NEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI (ANNO 2022) DEI PEDIATRI CONVENZIONATI  
PROVENIENTI DA ALTRA REGIONE**

<b>BOLLO € 16</b>
-------------------

ARES  
[incarichimedecinagenerale@  
pec.aressardegna.it](mailto:incarichimedecinagenerale@pec.aressardegna.it)

n. identificativo della marca da bollo

Nr. \_\_\_\_\_

Il sottoscritto/a dott. ....consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 e ss.mm.i. dichiara di essere nato/a a.....il.....  
Codice Fiscale ..... residente a ..... prov. .... Via .....  
..... CAP..... tel..... cell ..... e, a far data dal ....., residente nel territorio della Regione ..... e titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza specialistica pediatrica presso l'Azienda sanitaria locale della regione ..... dal ..... (eventuali periodi di sospensione (art. 18, comma 1, dell'ACN/2005 e s.m.i.) dal ..... al .....) e con anzianità complessiva di medico specialista pediatra convenzionato pari a mesi ..... specializat ...in data ..... con voto finale .....

**PRESENTA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

Ai sensi e per le finalità di cui all'art. 33, comma 5, lettera **b)** dell'ACN 2005 e s.m.i., integralmente sostituito dall'art. 4 dell'ACN/2018 nel sotto indicato ambito territoriale carente pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Sardegna n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ :

ASSL	Ambito Territoriale

Allega alla presente la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà atta a comprovare il diritto a concorrere, l'autocertificazione attestante l'anzianità complessiva di incarico come pediatra convenzionato (allegato 2)) e copia del documento di identità in corso di validità e codice fiscale.

Allegati n. ....

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso il seguente indirizzo pec intestato al sottoscritto

.....

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

.....

.....

**ALLEGATO 1c)**  
**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI**  
**(ANNO 2022) PEDIATRI DI LIBERA SCELTA**

**PER GRADUATORIA**

**BOLLO € 16**

ARES  
[incarichimedecinagenerale@pec.aresardegna.it](mailto:incarichimedecinagenerale@pec.aresardegna.it)

n. identificativo della marca da bollo

Nr. \_\_\_\_\_

Il sottoscritto/a dott. ....consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 e ss.mm.ii. dichiara di essere nato/a a.....il.....  
 Codice Fiscale ..... residente a ..... prov..... Via .....  
 CAP..... TEL....., ASSSL di residenza .....

Residente nella Regione ..... dal ..... inserito nella graduatoria regionale dei medici pediatri di cui all'art. 15 e s.m.i. integrato e modificato dagli accordi collettivi nazionali sottoscritti in conferenza Stato regioni in data 29.07.2009 e 21.06.2018 pubblicata sul Bollettino ufficiale della Regione Sardegna n. 42 del 22.09.2022.  
 specializat .....in data ..... con voto finale .....

**PRESENTA DOMANDA DI INSERIMENTO**

Ai sensi e per le finalità di cui all'art. 33, comma 5, lettera c) dell'ACN 2005 e s.m.i., integralmente sostituito dall'art. 2 dell'ACN/2018 nel sotto indicato ambito territoriale carente pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Sardegna n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_:

ASSL	Ambito Territoriale

A tal fine dichiara:  
 di essere incluso nella suddetta graduatoria regionale dei medici pediatri valida per l'anno 2022, con punteggio .....  
 Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso il seguente indirizzo pec intestato al sottoscritto:  
 .....

Allega alla presente la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà atta a comprovare il diritto a concorrere, l'allegato 1) e copia del documento di identità in corso di validità e codice fiscale.

Allegati n. ....

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

.....

.....

## ALLEGATO 1d)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI  
(ANNO 2022)  
MEDICI PEDIATRI SPECIALIZZATI DOPO IL 31 GENNAIO 2021**

BOLLO € 16
------------

ARES  
[incarichimedecinagenerale@  
 pec.aresardegna.it](mailto:incarichimedecinagenerale@pec.aresardegna.it)

n. identificativo della marca da bollo

Nr. \_\_\_\_\_

Il sottoscritto/a dott. ....consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 e ss.mm.i., dichiara di essere nato/a a.....il.....  
 Cittadinanza ..... Codice Fiscale ..... residente a ..... prov.....  
 Via ..... CAP..... dal ..... ASSSL di residenza .....  
 TEL..... email ..... pec .....

**PRESENTA DOMANDA**

Ai sensi e per le finalità di cui all'art. 33, comma 5, lettera d) dell'ACN 2005 e s.m.i., integralmente sostituito dall'art. 4 dell'ACN/2018 nel sotto indicato ambito territoriale carente pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Sardegna n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_:

ASSSL	Ambito Territoriale

Allega alla presente: l'allegato 1 bis), la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà atta a comprovare il diritto a concorrere, e copia del documento di identità in corso di validità e codice fiscale.

Allegati n. ....

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo pec intestato al sottoscritto

.....

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

.....

ALLEGATO 1)

*compilare in caso di domanda per graduatoria*

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

(Art. 43 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a

cognome ..... nome .....

Nato/a a ..... (prov. ....) il .....

Residente nel comune di .....(prov. ....)

Via ..... n. ....

a far data dal .....

Precedente residenza:

dal ..... al ..... Comune di ..... (prov. ....)

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i..

dichiara:

di essere residente nella Regione ..... dal .....

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e data .....

Firma del dichiarante

.....

ALLEGATO 1BIS)

*Compilare solo se specializzati dopo il 31/01/2021*

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

(Art. 43 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a

cognome .....nome .....

Nato/a a ..... (prov. ....) il .....

Residente nel comune di ..... (prov. ....)

Via ..... n. ....

a far data dal .....ASSL di residenza .....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i..

dichiara:

Di aver conseguito il diploma di specializzazione in pediatria presso l'Università degli studi di .....in data .....con voto finale ...../.....(*specificare il voto in modo completo*);

Di aver conseguito il diploma di specializzazione in discipline equipollenti alla pediatria ..... (*indicare la disciplina*) ai sensi della tabella B) del 30.01.1998 e s.m.i. presso l'Università degli studi di ..... in data ..... con voto finale ...../.....(*specificare il voto in modo completo*);

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e data .....

Firma del dichiarante

.....

ALLEGATO 2) *compilare per trasferimenti*

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

(Art. 43 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a

cognome .....nome .....

Nato/a a ..... (prov. ....) il .....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i..

dichiara:

- di essere titolare di incarico come medico specialista pediatra di libera scelta presso la ASL .....di ..... dal .....
- di aver maturato l'anzianità complessiva (in territorio italiano) di incarico come medico specialista pediatra pari ad anni ..... mesi ..... giorni .....
- di avere eventualmente sospeso la propria attività per i seguenti periodi (art. 18 c. 1 del vigente ACN di settore):

.....

.....

.....

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e data .....

Firma del dichiarante

.....

DICHIARAZIONE INFORMATIVA  
(dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà)  
(art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.)

Il/la sottoscritt ... dott./dott.ssa

..... nato/a a ..... il .....

Cittadinanza ..... Residente in ..... Via/Piazza ..... n. ....  
..... iscritto all'albo dei medici chirurghi e Odontoiatri della Provincia di ....., n. ....,  
ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del DPR n. 445/2000 e s.m.i.,

**dichiara formalmente di**

- 1) Di essere/non essere<sup>(1)</sup> 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 <sup>(2)</sup>  
Soggetto ..... Ore settimanali .....  
Via ..... Comune di .....  
Tipo di rapporto di lavoro ..... periodo dal ..... al .....
- 2) Di essere/non essere<sup>(1)</sup> titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del vigente accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale con massimale di n. .... scelte e con n. .... scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di ..... ASSSL .....
- 3) Di essere/non essere<sup>(1)</sup> titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del vigente accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, con massimale di n. .... scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di ..... ASSSL .....
- 4) Di essere/non essere<sup>(1)</sup> titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato<sup>(1)</sup> come specialista ambulatoriale convenzionato interno<sup>(2)</sup>:  
ASSSL ..... branca ..... ore settimanali .....
- 5) Di essere/non essere<sup>(1)</sup> iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni<sup>(2)</sup>:  
Provincia ..... branca ..... periodo: dal .....
- 6) Di essere/non essere<sup>(1)</sup> titolare di incarico di guardia medica nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato<sup>(1)</sup>, nella Regione ..... o in altra regione<sup>(2)</sup>  
Regione ..... ASSSL ..... ore settimanali.....in forma attiva – in forma di disponibilità<sup>(1)</sup>;
- 7) Di operare/non operare<sup>(1)</sup> a qualsiasi titolo in e /o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate che abbiano accordi contrattuali con le aziende ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i.: <sup>(2)</sup>  
Organismo ..... ore sett. ....  
Via ..... Comune di .....  
Tipo di attività .....  
Tipo di rapporto di lavoro .....  
Periodo: dal .....

- 8) Di operare/non operare<sup>(1)</sup> a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate, o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 della L. 833/78: <sup>(2)</sup>  
 Organismo .....ore sett. ....  
 Via ..... Comune di .....  
 Tipo di attività .....  
 Tipo di rapporto di lavoro .....  
 Periodo: dal .....;
- 9) Di svolgere/non svolgere<sup>(1)</sup> funzioni di medico di fabbrica<sup>(2)</sup> o di medico competente ai sensi del D.lgs n. 81/2008:  
 Azienda .....ore sett. ....  
 Via ..... Comune di .....  
 Periodo: dal .....;
- 10) Di svolgere/non svolgere<sup>(1)</sup> per conto dell'INPS o dell'azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: <sup>(2)</sup>  
 Azienda .....ore sett. ....  
 Comune di .....  
 Periodo: dal .....;
- 11) Di fruire/non fruire<sup>(1)</sup> del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del Lavoro e della previdenza sociale;
- 12) Di svolgere/non svolgere<sup>(1)</sup> altre attività 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 .....
- 13) Di operare/non operare<sup>(1)</sup> 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. 1,2,3,4 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 5,6,7):  
 Soggetto pubblico .....  
 Via ..... Comune di .....  
 Tipo di attività .....  
 Tipo di rapporto di lavoro .....  
 Periodo: dal .....;
- 14) Di fruire/non fruire del trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente a carico del .....  
 Periodo: dal .....;
- 15) Di fruire/non fruire<sup>(1)</sup> del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita: <sup>(2)</sup> soggetto erogante il trattamento di adeguamento  
 .....  
 Periodo: dal.....;
- 16) Di essere/non essere iscritto <sup>(1)</sup> a corso di formazione in medicina generale o corsi di specializzazione di cui ai Decreti legislativi nn. 256/91, 257/91, 368/99, e 277/2003:  
 Denominazione corso .....  
 Soggetto pubblico che lo svolge .....  
 Inizio: dal .....

- 17) Di avere/non avere<sup>(1)</sup> qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche <sup>(2)</sup>

.....

- 18) Di essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il servizio sanitario nazionale<sup>(2)</sup>

.....

.....

NOTE:

.....

.....

.....

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero <sup>(3)</sup>

Data ..... Firma del dichiarante <sup>(4)</sup> .....

<sup>(1)</sup> cancellare la parte che non interessa

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

<sup>(3)</sup> l'Amministrazione può svolgere, in qualsiasi momento, specifici controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese dai partecipanti al presente comunicato, in attuazione all'art. 71 del DPR n. 445.

Ai sensi e agli effetti degli artt. 75 e 75 del DPR 28 DICEMBRE 2000, N. 445 e s.m.i., le dichiarazioni mendaci e la falsità in atti, sono puniti dal codice penale. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

<sup>(4)</sup> ai sensi dell'art. 38, comma 3, del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i., le istanze e le dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica possono essere sottoscritte con firma non autenticata **se vengono trasmesse unitamente a copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante.**



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato A)

ASSL	DISTRETTO	COMUNE	SEDI CARENTI 2022
ASSL CAGLIARI	AREA OVEST	ASSEMINI	1
		DECIMOMANNU	
		ELMAS	
		<b>AMBITO 3A</b>	
ASSL CARBONIA	IGLESIAS	BUGGERRU	1
		DOMUSNOVAS	
		FLUMINIMAGGIORE	
		GONNESA	
		IGLESIAS	
		MUSEI	
		VILLAMASSARGIA	
<b>AMBITO 1</b>			
ASSL CARBONIA	CARBONIA	CARLOFORTE	1
<b>AMBITO 3</b>			
ASSL CARBONIA	CARBONIA	GIBA	1
		MASAINAS	
		NARCAO	
		NUXIS	
		PERDAXIUS	
		PISCINAS	
		SANTADI	
		SANT'ANNA ARRESI	
		VILLAPERUCCIO	
		<b>AMBITO 4</b>	
ASSL NUORO	NUORO	MAMMOIADA	1
<b>AMBITO 3</b>	ORGOSOLO		
ASSL NUORO	MACOMER	BOLOTANA	1
		BORTIGALI	
		LEI	
		SILANUS	
<b>AMBITO 9</b>			
ASSL ORISTANO	ORISTANO	CABRAS	1
		ORISTANO	
		PALMAS ARBOREA	
		SANTA GIUSTA	
		SIAMANNA	
		SIAPICICIA	
		SIMAXIS	
		VILLAURBANA	
<b>AMBITO 1</b>			
ASSL SASSARI	ALGHERO	ITTIRI	1
		MONTELEONE ROCCA DORIA	
		PUTIFIGARI	
		URI	
		VILLANOVA MONTELEONE	
<b>AMBITO 2</b>			
ASSL SASSARI	SASSARI	PORTO TORRES	1
<b>AMBITO 7</b>	STINTINO		
ASSL SASSARI	SASSARI	CASTELSARDO	2
		NULVI	
		SANTA MARIA COGHINAS	
		TERGOJ	
		VALL'EDORIA	
		VIDDALBA	
<b>AMBITO 8</b>			
ASSL SASSARI	SASSARI	OSILO	1
<b>AMBITO 11</b>	SENNORI		
	SORSO		