

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

Direzione generale della sanità

Servizio di promozione e governo delle reti di cura

**Determinazione**

n. 177 del 02 marzo 2022

**Pubblicazione sedi carenti di Pediatria di Libera Scelta (PLS) – annualità 2021.**

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;

VISTO l'art. 7, comma 2 dell'Accordo Collettivo Nazionale sottoscritto in Conferenza Stato-Regioni il 08.07.2010;

VISTI i criteri generali di attuazione dell'art. 7, comma 2 ACN 8 luglio 2010, definiti dal Comitato regionale per la pediatria di libera scelta in data 17 luglio 2012;

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 determina dirigenziale del Direttore della S.C. Medicina convenzionata ARES n. 332 del 15.02.2022 con la quale lo stesso individua le sedi carenti per la Pediatria di libera scelta per l'annualità 2021, di cui all'allegato A) al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale, resesi tali a seguito dell'applicazione delle sopra richiamate DGR n. 44/20 del 09.11.2021 e n. 48/50 del 10.12.2021 oltre che a seguito del trasferimento dell'unica Pediatra dall'ambito 7 della ASL di Nuoro di cui alla Determinazione Dirigenziale ATS n. 7736 del 27/12/2021;

VISTA la determina dirigenziale del Direttore della S.C. Medicina convenzionata ARES n. 538 del 28.02.2022 con la quale lo stesso rettifica la sopra citata determina dirigenziale n. 332 a seguito di alcune "inesattezze" riportate nella stessa e inserisce l'obbligo di apertura nel comune di Bosa per la sede individuata nell'ambito 4 della ASL di Oristano e l'obbligo di apertura nel Comune di Selargius per una delle due sedi individuate per l'ambito 1 della ASL di Cagliari;

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 n. 1140 del 02.12.2020, con la quale è stata approvata la graduatoria unica regionale definitiva dei medici pediatri di libera scelta valida per l'anno 2021, pubblicata sul BURAS n. 74 del 17.12.2020;

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 2021;

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;

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;

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

ACQUISITO il parere favorevole del Comitato regionale per la Pediatria di libera scelta riunitosi in data 01.02.2022;

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 2021 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.

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.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](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.

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 A)

ASSL	DISTRETTO	COMUNE	SEDI	OBBLIGO DI APERTURA
ASSL CAGLIARI	CAGLIARI AREA VASTA	CAGLIARI		OBBLIGO DI APERTURA SELARGIUS (1 SEDE)
		MONSERRATO		
		QUARTUCCIU		
		SELARGIUS		
	<b>AMBITO 1</b>		<b>2</b>	
ASSL CAGLIARI	SARRABUS-GERREI	CASTIADAS		
		MURAVERA		
		SAN VITO		
		VILLAPUTZU		
		VILLASIMIUS		
		SOLANAS		
	<b>AMBITO 9</b>		<b>1</b>	
ASSL CARBONIA	CARBONIA	CALASETTA		
		SANT'ANTIOCO		
	<b>AMBITO 5</b>		<b>1</b>	
ASSL NUORO	NUORO	NUORO		
	<b>AMBITO 1</b>		<b>1</b>	
ASSL NUORO	NUORO	OLZAI		
		OROTELLI		
		OTTANA		
	<b>AMBITO 7</b>		<b>1</b>	
ASSL ORISTANO	ORISTANO	BARATILI SAN PIETRO		
		BAULADU		
		MILIS		
		NARBOLIA		
		NURACHI		
		OLLASTRA		
		RIOLA SARDO		
		SAN VERO MILIS		
		SIAMAGGIORE		
		SOLARUSSA		
		TRAMATZA		
		VILLANOVA TRUSCHEDU		
		ZEDDIANI		
		ZERFALIU		
	<b>AMBITO 2</b>		<b>1</b>	
ASSL ORISTANO	GHILARZA-BOSA	BOSA		OBBLIGO DI APERTURA BOSA
		CUGLIERI		
		SENNARIOLO		
		FLUSSIO		
		MAGOMADAS		
		MODULO		
		MONTRESTA		
		SAGAMA		
		SCANO DI MONTIFERRO		
		SUNI		
		TINNURA		
		TRESNURAGHES		
			<b>AMBITO 4</b>	
ASSL SASSARI	ALGHERO	ITTIRI		
		MONTELEONE ROCCA DORIA		
		PUTIFIGARI		
		URI		
	<b>AMBITO 2</b>		<b>1</b>	
ASSL SASSARI	OZIERI	ARDARA		
		ITTIREDDU		
		MORES		
		NUGHEDU SAN NICOLO'		
		OZIERI		
		PATTADA		
	<b>AMBITO 4</b>		<b>1</b>	
ASSL SASSARI	SASSARI	SASSARI		
	<b>AMBITO 6</b>		<b>2</b>	
ASSL SASSARI	SASSARI	CASTELSARDO		
		NULVI		
		SANTA MARIA COGHINAS		
		TERGU		
		VALLEDORIA		
	<b>AMBITO 8</b>		<b>1</b>	

## ALLEGATO 1a

**DOMANDA DI TRASFERIMENTO  
NEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI (ANNO 2021) DEI PEDIATRI CONVENZIONATI  
DELLA REGIONE SARDEGNA**

<b>BOLLO € 16</b>
-------------------

ARES  
Cagliari

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.....dal ...../...../..... 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:

ASL	Ambito Territoriale

Allega alla presente: la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà atta a comprovare il diritto a concorrere (allegato 4), 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:

.....@.....

Data

.....

Firma

.....



## ALLEGATO 1b

**DOMANDA DI TRASFERIMENTO  
NEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI (ANNO 2021) DEI PEDIATRI CONVENZIONATI  
PROVENIENTI DA ALTRA REGIONE**

<b>BOLLO € 16</b>
-------------------

ARES Cagliari

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..... 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 ..... specializzat ...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 sottoindicato ambito territoriale carente pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Sardegna n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_:

ASL	Ambito Territoriale

Allega alla presente la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà atta a comprovare il diritto a concorrere (allegato 4), 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:

.....@.....

Data

.....

Firma

.....

**ALLEGATO 1c)****DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI  
(ANNO 2021) PEDIATRI DI LIBERA SCELTA****PER GRADUATORIA****BOLLO € 16**

ARES Cagliari

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....., ASL 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. 74 del 17.12.2020.  
specializzat .....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. 4 dell'ACN/2018 nel sottoindicato ambito territoriale carente pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Sardegna n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_:

ASL	Ambito Territoriale

A tal fine dichiara:  
di essere incluso nella suddetta graduatoria regionale dei medici pediatri valida per l'anno 2021, 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 (allegato 4), l'allegato 1), copia del documento di identità in corso di validità e codice fiscale.

Allegati n. ....

Data  
.....Firma  
.....

## ALLEGATO 1d)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI  
(ANNO 2021)  
MEDICI PEDIATRI SPECIALIZZATI DOPO IL 31 GENNAIO 2020**

<b>BOLLO € 16</b>
-------------------

ARES Cagliari

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 ..... ASL 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 sottoindicato ambito territoriale carente pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Sardegna n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ :

ASL	Ambito Territoriale

Allega alla presente: l'allegato 3), la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà atta a comprovare il diritto a concorrere (allegato4)), 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:

.....@.....

Data

Firma

.....

.....

ALLEGATO 1)

**Compilare solo 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 ...../...../..... (giorno/mese/anno)

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 ...../...../..... (giorno/mese/anno)

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e data .....

Firma del dichiarante

.....

ALLEGATO 2)

**Compilare solo in caso di domanda per trasferimento**

## 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

.....

ALLEGATO 3)

**Compilare solo se specializzati dopo il 31/01/2020**

## 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 .....ASL 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

.....

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

Allegato 4)

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 ..... ASL .....
- 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 ..... ASL .....
- 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>:  
ASL ..... 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 ..... ASL ..... 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.**