



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## Buras n. 9

**Data di pubblicazione: 16 febbraio 2023**

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. 118 del 01 febbraio 2023

**Incarichi vacanti di Assistenza primaria – anno 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 del 11.09.2020;

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 60/9 del 04.11.2008 avente ad oggetto la 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'ACN sopra richiamato, così come sostituito dall'art. 5 dell'ACN del 21 giugno 2018 e successivamente integrato dall'art. 4 dell'ACN del 18 giugno 2020, 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;

VISTO l'art. 15 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale sopra richiamato, così come sostituito dall'art. 2 dell'ACN del 21 giugno 2018 e successivamente modificato dall'art. 1 dell'ACN del 18 giugno 2020, ai sensi del quale "i medici già titolari di incarico a tempo indeterminato in un settore di cui



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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'ACN sopra richiamato così come sostituito dall'art. 5 dell'ACN del 21 giugno 2018 e successivamente integrato dall'art. 4 dell'ACN del 18 giugno 2020, 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 ARIS n. 1542 del 30.12.2021 con la quale è stata approvata la graduatoria unica regionale definitiva di medicina generale valida per l'anno 2022 pubblicata sul BURAS n. 1 del 07.01.2022 così come rettificata dalla determinazione n. 906 del 13.09.22 pubblicata sul BURAS n. 42 del 22.09.2022;

VISTA la deliberazione n. 02 del 11.01.2023 della ASL di Cagliari con la quale vengono individuate le sedi carenti di assistenza primaria per l'annualità 2022 così come modificate, a seguito di mero errore materiale, con successiva nota n. 4149 del 12.01.2023 della medesima ASL di Cagliari;

VISTA la deliberazione n. 145 del 14.04.2022 della ASL di Sassari con la quale vengono individuate le sedi carenti di assistenza primaria per l'annualità 2022;

VISTA la deliberazione n. 490 del 20.12.2022 della ASL di Oristano con la quale vengono individuate le sedi carenti di assistenza primaria per l'annualità 2022;

VISTE le deliberazioni n. 202 del 19.07.2022 e la successiva n. 398 del 16.11.2022 della ASL Gallura con la quale vengono rispettivamente individuate e integrate le sedi carenti di assistenza primaria per l'annualità 2022;

VISTA la deliberazione n. 348 del 07.12.2022 della ASL Sulcis con la quale vengono individuate le sedi carenti di assistenza primaria per l'annualità 2022;

VISTA la deliberazione n. 455 del 28.11.2022 della ASL Medio Campidano con la quale vengono individuate le sedi carenti di assistenza primaria per l'annualità 2022 così come modificate, dalla medesima ASL Medio Campidano, a seguito di mero errore materiale, con successiva nota protocollo ARIS n. 1709 del 18.01.2023;

VISTA la deliberazione n. 657 del 20.12.2022 della ASL di Nuoro con la quale vengono individuate le sedi carenti di assistenza primaria per l'annualità 2022;

VISTA la deliberazione n. 295 del 16.12.2022 della ASL Ogliastra con la quale vengono individuate le sedi carenti di assistenza primaria per l'annualità 2022;

VISTA la nota ARES n. 71922 del 26.10.22 con la quale si comunicano le sedi non assegnate per l'annualità 2021 che andranno ad integrare le sedi individuate per l'annualità 2022 di cui alle sopra citate determinazioni aziendali;

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

VISTO il decreto del Presidente della Regione Sardegna n. 127 del 14.11.2019, con il quale vengono conferite le



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

funzioni di direttore del Servizio Promozione e governo delle reti di cure, presso la Direzione generale della sanità, al dott. Stefano Piras;

DATO ATTO che per l'assegnazione degli ambiti territoriali vacanti si utilizza la graduatoria unica regionale definitiva di medicina generale valida per l'anno 2022 pubblicata sul BURAS n. 42 del 22.09.2022.

CONSIDERATO 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 sostituito dall'art. 5 dell'ACN del 21 giugno 2018 e successivamente integrato dall'art. 4 dell'ACN del 18 giugno 2020;

CONSIDERATO il parere positivo del Comitato permanente della medicina generale che, nella seduta del 11.01.2023, ha approvato gli ambiti territoriali carenti dell'assistenza primaria individuati con le sopra richiamate determinazioni aziendali, così come riportati nell'allegato 1 del presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale;

STABILITO CHE Non sono consentite proroghe al termine dei 90 giorni di cui all'art. 35 c.3 dell'ACN 2009.

RITENUTO 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, che si richiamano integralmente, di procedere alla pubblicazione nel BURAS, degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria per l'annualità 2022 così come riportati nell'allegato 1 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 del 21 giugno 2018 e successivamente integrato dall'art. 4 dell'ACN del 18 giugno 2020, l'ARES Sardegna quale ufficio regionale incaricato per l'espletamento delle procedure di attribuzione degli incarichi vacanti di assistenza primaria relativi all'annualità 2022.

ART. 3 Tutte le domande per trasferimento e per il conferimento degli incarichi di cui al presente atto in regola con le norme vigenti sull'imposta di bollo, dovranno essere trasmesse all'ARES Sardegna 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 [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 Le modalità organizzative di convocazione degli interessati verranno rese note tramite nota pec ARES



**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

all'indirizzo di posta elettronica certificata indicato dai medesimi nell'istanza di cui al presente bando.

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..

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

All. 1)



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

<b>Assistenza primaria sedi vacanti anno 2022</b>			
<b>ASL SASSARI</b>			
<b>DISTRETTO</b>	<b>AMBITO</b>	<b>COMUNI</b>	<b>sedi vacanti</b>
1. Sassari	1.1	Sassari	11
	1.2	Porto Torres Stintino	7
	1.3	Castelsardo Nulvi Santa Maria Coghinas Tergu Valledoria Viddalba	5
	1.4	Cargeghe Codrongianus Florinas Muros Ossi Ploaghe Tissi Usini	6
	1.5	Bulzi Chiaramonti Erula Laenu Martis Perugas Sedini	4
	1.6	Osilo Sennori Sorso	8
2. Alghero	2.1	Banari Bessude Bonnanaro Bonorva Borutta Cheremule Cossolme Giave Mara Padria Pozzomaggiore Semestene Siligo Thiesi Torralba	5
	2.2	Ittiri Monteleone Rocca Doria Pulifigari Romana Un Villanova Monteleone	3
	2.3	Alghero Olmedo	14
3. Ozieri	3.1	Ardara Ittireddu Mores Nughedu San Nicolò Ozieri Pallada Tula	7
	3.2	Anela Benetutti Bono Bottida Bultei Burgos Esporlatu Illorai Nule	4



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

AII. 1)



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

<i>Assistenza primaria sedi vacanti anno 2022</i>			
<b>ASL GALLURA</b>			
<i>DISTRETTO</i>	<i>AMBITO</i>	<i>COMUNI</i>	<i>sedi vacanti</i>
1. Olbia	1.1	Golfo Aranci Olbia Telti	8
	1.2	La Maddalena	5
	1.3	Arzachena Palau Sant'Antonio di Gallura	5
	1.4	Santa Teresa di Gallura	2
	1.5	Berchidda Monti Oschiri	3
	1.6	Budoni Loiri Porto San Paolo Padru San Teodoro	5
	1.7	Alà dei Sardi Buddusò	3
2. Tempio Pausania	2.1	Aggius Bortigiadas Tempio Pausania	2
	2.2	Calangianus Luras	2
	2.3	Aglientu Badesi Luogosanto Trinita' d'Agultu e Vignola	1



All. 1)

REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

## Assistenza primaria sedi vacanti anno 2022

## ASL NUORO

<i>DISTRETTO</i>	<i>AMBITO</i>	<i>COMUNI</i>	<i>sedi vacanti</i>
1. Nuoro	1.1	Bitti Lula Onani Orune Osidda	3
	1.2	Dorgali	1
	1.3	Oliena	4
	1.4	Oizai Oniferi Orani Orotelli Ottana Sarule	6
	1.5	Fonni Gavoi Lodine Ollolai	2
	1.6	Mamoiada Orgosolo	3
	1.7	Nuoro	11
2. Macomer	2.1	Birori Borore Dualchi Macomer Noragugume Sindia	6
	2.2	Bolotana Bortigali Lei Silanus	3
3. Siniscola	3.1	Lodè Posada Siniscola Torpè	6
	3.2	Galtelli Irgoli Loculi Onifai Orosei	5
4. Sorgono	4.1	Aritzo Belvi Desulo Gadoni Tonara	1
	4.2	Atzara Meana Sardo Ortueri Sorgono	3
	4.3	Austis Ovodda Teti Tiana	1



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

All. 1)



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

<b>Assistenza primaria sedi vacanti anno 2022</b>			
<b>ASL OGLIASTRA</b>			
<b>DISTRETTO</b>	<b>AMBITO</b>	<b>COMUNI</b>	<b>sedi vacanti</b>
1. Tortoli	1.1	Baunei Lotzorai Talana Triei Urzulei	2
	1.2	Girasole Tortoli	4
	1.3	Arzana Villagrande Strisaili	3
	1.4	Barisardo Cardedu Loceri	1
	1.5	Elini Ilbono Lanusei	1
	1.6	Jerzu Perdasdefogu Tertenia	2
	1.7	Gairo Osini Seui Ulassai Ussassai	2





REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

All. 1)



REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Assistenza primaria sedi vacanti anno 2022			
ASL ORISTANO			
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	sedi vacanti
1. Oristano	1.1	Bauladu Milis Narbolia San Vero Milis Tramatza Zeddiani	4
	1.2	Baradili San Pietro Cabras Nurachi Riola Sardo	6
	1.3	Oristano Palmas Arborea Santa Giusta	9
	1.4	Allai Oliastro Simaxis Samugheo Siamaggiore Siamanna Siapiccia Simaxis Solarussa Villanova Truschedu Villaurbana Zerfaliu	5
2. Ghilarza-Bosa	2.1	Abbasanta Aidomaggiore Arduli Bidori Boronneddu Busachi Fordongianus Ghilarza Neoneli Norbello Nughedu Santa Vittoria Sedilo Soddi Sonnadile Tadasuni Ula Tirso	8
	2.2	Cuglieri Flussio Magomadas Modolo Saggama Scano di Montiferro Sennariolo Suni Tirinnura Tresnuraghes	2
	2.3	Bonarcado Pausanò Santu Lussurgiu Seneghe	2
	2.4	Bosa Montresta	2
3. Ales - Terralba	3.1	Arborea Marrubiu San Nicolo' d'Arcidano Terralba Uras	10
	3.2	Albagiara Ales Assolo Asuni Cuccuris Genoni Laconi Mogorella Nureci Pau Ruinas Senis Usellus Villa Sant'Antonio Villaverde	2
	3.3	Baradili Bareisa Gonnoscodina Gonnosono Gonnostramatzas Masulias Mogoro Morgongiori Pompu Simata Sini Siris	3



<b>Assistenza primaria sedi vacanti anno 2022</b>			
<b>ASL MEDIO CAMPIDANO</b>			
<b><i>DISTRETTO</i></b>	<b><i>AMBITO</i></b>	<b><i>COMUNI</i></b>	<b><i>sedi vacanti</i></b>
1. Guspini	1.1	Guspini	5
	1.2	Arbus	3
	1.3	Gonnosfanadiga	2
	1.4	Villacidro	5
	1.5	Pabillonis San Gavino Monreale Sardara	7
2. Sanluri	2.1	Furtei Sanluri Segariu Villamar	3
	2.2	Samassi Serrenti	2
	2.3	Serramanna	4
	2.4	Barumini Genuri Gesturi Las Plassas Setzu Tuiili Villanovafranca	3
	2.5	Collinas Lunamatrona Pauli Arbarei Siddi Turri Ussaramanna Villanovaforru	3



<i>Assistenza primaria sedi vacanti anno 2022</i>			
<b>ASL SULCIS</b>			
<i>DISTRETTO</i>	<i>AMBITO</i>	<i>COMUNI</i>	<i>sedi vacanti</i>
1. Carbonia	1.1	Carbonia Portoscuso	11
	1.2	San Giovanni Suergiu Tratalias	4
	1.3	Calasetta Sant'Antioco	6
	1.4	Cariolorte	-
	1.5	Narcao Nuxis Perdaxius Santadi Villaperuccio	1
	1.6	Giba Masainas Piscinas Sant'Anna Arresi	2
2. Iglesias	2.1	Buggerru Fluminimaggiore	3
	2.2	Domusnovas Musei Villamassargia	2
	2.3	Gonnesa Iglesias	4



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

All. 1)



REGIONE AUTONOMA DE SARDEGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

<b>Assistenza primaria sedi vacanti anno 2022</b>			
<b>ASL CAGLIARI</b>			
<b>DISTRETTO</b>	<b>AMBITO</b>	<b>COMUNI</b>	<b>sedi vacanti</b>
1. Cagliari area vasta	1.1	Cagliari Monserrato Quartucciu Seiargius Settimo San Pietro	27
	1.2	Monastir Nuraminis Sestu Ussana	10
2. Area ovest	2.1	Assemini Decimomannu Elmas San Sperate Uta	15
	2.2	Decimoputzu Siliqua Vallermosa Villasor Villaspeciosa	6
	2.3	Capoterra	5
	2.4	Domus de Maria Pula	3
	2.5	Sarroch Villa San Pietro	4
	2.6	Tulada	2
3. Quartu - Parteolla	3.1	Quartu Sant'Elena	16
	3.2	Burcei Maracalagonis Sinnai	10
	3.3	Dolianova Donori Serdiana Soleminis	6
4. Sarrabus - Gerrei	4.1	Muravera San Vito Villaputzu	4
	4.2	Castiadas Villasimius	2
	4.3	Armutzia Ballao San Nicolo' Gerrei Silius Villasalto	3
5. Sarcidano - Barbagia di Seulo - Trexenta	5.1	Escolca Gerrei Isili Nuragus Nurallao Serru	3
	5.2	Escalaplano Nurri Orroli	2
	5.3	Esterzili Sadali Seulo Villanovatulo	2
	5.4	Goni San Basilio Sant'Andrea Frius Senorbi	3
	5.5	Barrali Guamaggiore Guasila Ortacesus Pimentel Samatzai Selegas	3
	5.6	Gesico Mandas Siurgus Donigala Suelli	2



Allegato 2)

## Modulistica

Il presente allegato contiene quattro 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 2022)
- 2) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA (PER GRADUATORIA ANNO 2022)
- 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 2022)
- 4) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA (Medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale) ANNO 2022)



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

1)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA (PER TRASFERIMENTO ANNO 2022)



n. identificativo della marca da bollo

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

ARES SARDEGNA

[incarichimedicinagenerale@pec.aressardegna.it](mailto:incarichimedicinagenerale@pec.aressardegna.it)

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 ulteriormente modificato dall'art. 4 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, reso esecutivo con l'intesa Stato-Regioni del 18 giugno 2020, 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 6 columns: ASSL, AMBITO, ASSL, AMBITO, ASSL, 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 5, 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 2022)**

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 2022)**

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 \_\_\_\_\_ ASSSL 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 ASSSL 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);  
ASSSL 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:  
ASSSL 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 \_\_\_\_\_ ASSSL 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 \_\_\_\_\_ ASSSL 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 \_\_\_\_\_







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 2022)

Bollo 16 €

n. identificativo della marca da bollo

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

ARES SARDEGNA

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

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 2022 pubblicata sul BURAS n. 1 del 07.01.2022 così come rettificata con successiva pubblicazione sul BURAS n. 42 del 22.09.2022

FA DOMANDA

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 ulteriormente modificato dall'art. 4 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, reso esecutivo con l'intesa Stato-Regioni del 18 giugno 2020, 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:

ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		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 2022)**

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 2022)**

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 \_\_\_\_\_ ASSSL \_\_\_\_\_ 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 ASSSL \_\_\_\_\_ periodo dal \_\_\_\_\_;
- 25) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno (2);  
ASSSL \_\_\_\_\_ 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:  
ASSSL 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 ASL 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  
ASL di \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
Periodo dal \_\_\_\_\_;
- 34) svolgere/non svolgere (1), per conto dell'INPS dell'ASL di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte (2) ;  
ASL 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 partecipante 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):  
ASL 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' 2022

BOLLO € 16

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

ARES SARDEGNA

incarichimedcinagenerale@pec.aresardegna.it

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 ulteriormente modificato dall'art. 4 dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, reso esecutivo con l'intesa Stato-Regioni del 18 giugno 2020, 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 7 columns: SEDE, ASYL, SEDE, ASYL, SEDE, ASYL, SEDE. It contains 7 rows of empty boxes for listing medical positions.

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 a .....prov. ....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:  
organismo .....ore settimanali .....comune  
..... tipo di attività .....tipo 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 attività .....tipo 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 settimanali .....al .....
- 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:  
tipo di attività ..... dal .....
- 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: soggetto erogatore dell'adeguamento..... dal .....

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero <sup>2</sup>.

Data .....

Firma <sup>3</sup> .....

\* **Cancellare la voce che non interessa**

<sup>2</sup> **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".**

<sup>3</sup> **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' 2022

BOLLO € 16

Medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale)

ARES SARDEGNA

incarichimedicina generale@pec.aresardegna.it

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. 34, c.17-bis, dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale del 23/03/2005, così come sostituito 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 ulteriormente modificato dall'art. 4 dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale reso esecutivo con l'intesa Stato-Regioni del 18 giugno 2020, per l'assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati nel BURAS n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, come di seguito indicato:

Table with 8 columns: SEDE, ASYL, SEDE, ASYL, SEDE, ASYL, SEDE, ASYL. It contains 7 rows of empty cells 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: \_\_\_\_\_

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



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto/a .....  
nato/a a .....prov. ....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:  
organismo .....ore settimanali .....comune  
..... tipo di attività .....tipo 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 attività .....tipo 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 settimanali .....al .....
- 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 .....

presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore.  
(art. 38 del DPR 445/00).



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- 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 .....
- 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:  
tipo di attività ..... dal .....
- 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:  
soggetto erogatore dell'adeguamento..... dal .....

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero <sup>5</sup>.

Data .....

Firma <sup>6</sup> .....

\* **Cancellare la voce che non interessa**

<sup>5</sup> **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".**

<sup>6</sup> **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).**