

Assessorato Igiene e sanità e dell'assistenza sociale
Direzione generale della sanità

Servizio di promozione e governo delle reti di cura

Determinazione

n. 421 del 25 marzo 2024

Incarichi vacanti dei medici del ruolo unico di Assistenza primaria a ciclo di scelta– anno 2024.

Il Direttore del Servizio

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

VISTA la Legge regionale n. 31 del 13.11.1998 e ss.mm.ii.;

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

VISTA la Legge regionale n. 24 del 11.09.2020 e ss.mm.ii.;

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 28 aprile 2022 e ss.mm.ii.;

VISTO in particolare, l'art. 34 dell'ACN sopra richiamato che dispone, al primo comma, che "ciascuna Regione (...) pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco degli incarichi vacanti di medico del ruolo unico 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 art. 32" e da attribuirsi secondo le modalità stabilite dal medesimo art. 34;

VISTO l'art. 19, c. 8, dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale sopra richiamato, ai sensi del quale "i medici già titolari di incarico a tempo indeterminato in un settore di cui all'articolo 2, comma 1 del presente Accordo possono partecipare per graduatoria regionale solo in un settore diverso da quello in cui sono titolari.";

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;

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 10/35 del 16.03.2023 avente ad oggetto l'appendice alla modifica, di cui alla Delib.G.R. n. 26/15 del 11.8.2022, dell'Accordo integrativo regionale del 28.04.2010;

VISTA la determinazione RAS n. 1364 del 16.11.2023 con la quale è stata approvata la graduatoria unica regionale definitiva di medicina generale valida per l'anno 2024 e pubblicata sul BURAS n. 62 del 23.11.2023;

VISTA la deliberazione n. 184 del 09.02.2024 della ASL di Sassari con la quale vengono individuate le sedi carenti di assistenza primaria per l'annualità 2024, e le successive note integrative della medesima ASL, protocollo n. 8369 del 28.02.2024 e n. 11974 del 22.03.2024, con le quali sono richiesti ulteriori obblighi di apertura degli ambulatori di riferimento;

VISTA le deliberazioni n. 85 del 09.02.2024, n. 89 e n. 90 del 14.02.2024 della ASL Gallura, con le quali vengono individuate le sedi carenti di assistenza primaria per i rispettivi distretti di La Maddalena, Tempio Pausania e Olbia, per l'annualità 2024;

VISTA la nota della ASL di Nuoro protocollo n. 5910 del 19.02.2024, così come rettificata con la successiva nota della medesima ASL protocollo n. 7711 del 05.03.2024, con la quale vengono individuate le sedi carenti di assistenza primaria per l'annualità 2024;

VISTA la deliberazione n. 16 del 23.01.2024 della ASL Ogliastra, con la quale si prende atto dell'assenza di sedi carenti di assistenza primaria per l'annualità 2024;

VISTA la nota protocollo n. 5022 del 31.01.2024 della ASL di Oristano, così come rettificata con la successiva nota della medesima ASL protocollo n. 5336 del 01.02.2024, con la quale vengono individuate le sedi carenti di assistenza primaria per l'annualità 2024;

VISTA la deliberazione n. 50 del 26.01.2024 della ASL Medio Campidano, così come rettificata con la successiva deliberazione della medesima ASL n. 195 del 12.03.2024, con la quale vengono individuate le sedi carenti di assistenza primaria per l'annualità 2024;

VISTA la deliberazione n. 64 del 01.02.2024 della ASL Sulcis, con la quale vengono individuate le sedi carenti di assistenza primaria per l'annualità 2024;

VISTA la deliberazione n. 130 del 15.02.2024 della ASL di Cagliari, così come rettificata con successiva deliberazione della medesima ASL n. 217 del 11.03.2024, con la quale vengono individuate le sedi carenti di assistenza primaria per l'annualità 2024;

VISTA la nota ARES protocollo n. 8355 del 09.02.2024, con la quale si comunicano le sedi non assegnate per l'annualità 2023 che andranno ad integrare le sedi individuate per l'annualità 2024 di cui alle sopra citate determinazioni aziendali;

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;

DATO ATTO che per l'assegnazione degli incarichi vacanti dei medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta si utilizza la graduatoria unica regionale definitiva di medicina generale valida per l'anno 2024 pubblicata sul BURAS n. 62 del 23.11.2023;

DATO ATTO che, secondo quanto disposto con il predetto art. 34, comma 13, lettere a) e b) dell'A.C.N. del 28.04.2022, il conferimento degli incarichi dei medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta avviene nella misura del 80% a favore dei medici in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale e del 20% a favore dei medici in possesso del titolo equipollente. Qualora non vengano assegnati, per carenza di domande, incarichi spettanti ad una delle due percentuali di aspiranti, gli stessi vengono assegnati all'altra percentuale di aspiranti che, ai fini del disposto cui al comma 15 del medesimo articolo, devono dichiarare all'atto della domanda la riserva per la quale intendono concorrere;

DATO ATTO che, ai sensi del sopra richiamato art. 34, c. 5 "Possono concorrere al conferimento degli incarichi:

a) per trasferimento i medici titolari di incarico a tempo indeterminato del ruolo unico a ciclo di scelta iscritti da almeno due anni in un elenco della Regione che pubblica l'avviso e quelli iscritti in un elenco di altra Regione da almeno quattro anni, che al momento di attribuzione dell'incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del SSN, eccezion fatta per l'attività del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria. Ai fini del computo del suddetto requisito è valutata la titolarità di incarico di assistenza primaria ai sensi dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo degli incarichi disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. Il trasferimento può avvenire anche in caso di disponibilità di un solo incarico;

b) i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso;

c) i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di cui al comma 4";

RICHIAMATO il comma 17, dell'art. 34 ACN/2022, ai sensi del quale, espletate le procedure di assegnazione degli incarichi, qualora uno o più incarichi rimangano vacanti, la Regione Sardegna comunica la disponibilità degli stessi sul proprio sito istituzionale chiedendo la pubblicazione del relativo link sul sito della SISAC;

CONSIDERATE le richieste di pubblicazione degli incarichi vacanti di medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta per l'anno 2024 individuati dalle aziende ASL, di cui all'allegato 1) al presente provvedimento;

CONSIDERATO che le domande di assegnazione degli incarichi possono essere accolte solo ai sensi

dell'art. 34 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, reso esecutivo con l'intesa Stato-Regioni del 28 aprile 2022 e ss.mm.ii.;

CONSIDERATO il parere positivo del Comitato permanente della medicina generale che, nella seduta del 20.03.2024, ha approvato, apportando delle opportune e condivise correzioni, gli ambiti territoriali carenti dell'assistenza primaria individuati con le sopra richiamate determinazioni aziendali, così come riportati nell'allegato 1) al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale;

CONSIDERATO che il richiamato Comitato regionale ha ritenuto, all'unanimità dei componenti, che la designazione dei titolari delle sedi carenti con obbligo di apertura, così come indicate nell'allegato 1) alla presente determinazione, avvenga da parte dell'Azienda che ha evidenziato l'obbligo medesimo;

CONSIDERATO che le Aziende, con le sopra richiamate determinazioni di individuazione delle sedi carenti hanno indicato, in alcuni casi, le date specifiche di decorrenza degli incarichi 2024 laddove la sede si renderà carente a seguito di cessazione prevista in corso d'anno e che, in detti casi, la decorrenza del nuovo incarico sarà quella indicata nell'allegato 1) alla presente determinazione e comunque condizionata all'effettiva cessazione dei titolari;

CONSIDERATO che, fatte salve le date di decorrenza degli incarichi di cui al punto precedente e indicate nell'allegato 1), non sono consentite proroghe al termine dei 90 giorni di cui all'art. 33 c. 4 dell'ACN/2022;

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 incarichi vacanti di medici del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta per l'annualità 2024 così come riportati nell'allegato 1) alla presente determinazione, per costituirne parte integrante e sostanziale.

ART. 2 Di individuare, ai sensi dell'art. 34 dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale del 28 aprile 2022, l'ARES Sardegna quale ufficio regionale incaricato per l'espletamento delle procedure di attribuzione degli incarichi vacanti di assistenza primaria relativi all'annualità 2024.

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 incarichimedicinagenerale@pec.aressardegna.it secondo la modulistica di cui all'allegato 2) alla presente determinazione che sarà disponibile anche sul sito www.regionesardegna.it all'indirizzo https://www.regione.sardegna.it/atti-bandi-archivi/atti-amministrativi/tutti-gli-atti?size=n_12_n&sort%5B0%5D%5Bfield%5D=dataPubblicazione&sort%5B0%5D%5Bdirection%5D=desc

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 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 28.04.2022 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



Assistenza primaria sedi vacanti anno 2024

all. 1) det. N. 421 Del 25/03/2024

ASL SASSARI					
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	sedi vacanti	di cui con obbligo di apertura	di cui con decorrenza incarico dal
1. Sassari	1.1	Sassari	17	1 Banca, 1 Palmadula	1 dal 28/10/24
	1.2	Porto Torres, Stintino	13	1 Porto Torres, 1 Stintino	
	1.3	Castelsardo, Nuovi Santa Maria Coghinas, Tergu, Valledoria, Viddalba	7	1 Castelsardo, 1 Valledoria	
	1.4	Cargoghe, Codrongianus, Florinas, Muros, Ossi, Ploaghe, Tassì, Usini	6		
	1.5	Bulzi, Chiaramonti, Erula, Laerru, Maris, Perfugas, Sedini	3	1 Laerru, 1 Maris, 1 Bulzi	
	1.6	Ossilo, Sennori, Sarso	9	1 Ossile	
2. Alghero	2.1	Banari, Bessude, Bonnanaro, Bonorva, Bonutta, Cherenule, Cossuine, Giave, Mara, Padria, Pozzomaggiore, Semestene, Siligo, Thiesi, Torralba	5		
	2.2	Ittiri, Monteleone Rocca Doria, Putifigari, Romana, Uri, Villanova Monteleone	6	1 Villanova Monteleone	
	2.3	Alghero, Olmedo	15	1 Olmedo	
3. Ozieri	3.1	Ardara, Ittireddu, Mores, Nughedu San Nicolò, Ozieri, Pattada, Tula	5		
	3.2	Anela, Benetutti, Bono, Bottida, Bultei, Burgos, Esperiatu, Illorai, Nule	5	1 Illorai	

ASL GALLURA					
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	sedi vacanti	di cui con obbligo di apertura	di cui con decorrenza incarico dal
1. Olibia	1.1	Golfo Aranci, Olibia, Telti	12		
	1.3	Arzachena, Palau, Sant'Antonio di Gallura	7	1 Palau	
	1.4	Santa Teresa di Gallura	3		
	1.5	Berchidda, Monti, Oschiri	5	1 Berchidda, 1 Monti	
	1.6	Budoni, Loiri Porto San Paolo, Padru, San Teodoro	7		
	1.7	Alà dei Sardi, Buddusò	2		
	2.1	Aggius, Bortigadas, Tempio Pausania	5		
2. Tempio Pausania	2.2	Calangianus, Luras	3	1 Calangianus, 1 Luras	
	2.3	Aglientu, Badesi, Luogosanto, Trinita' d'Agultu e Vignola	2		
3. La Maddalena	3.1	La Maddalena	7		

ASL NUORO					
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	sedi vacanti	di cui con obbligo di apertura	di cui con decorrenza incarico dal
1. Nuoro	1.1	Biti, Lura, Onani, Orune, Osidda	4		
	1.2	Dorgali	3		
	1.3	Oliena	4		
	1.4	Otzai, Oniferi, Orani, Orotelli, Ottana, Sanule	6		
	1.5	Fonni, Gavoi, Lodine, Cillolai	3		
	1.6	Mamoiaida, Orgesolo	5		
	1.7	Nuoro	11		
2. Macomer	2.1	Bironi, Borore, Dualchi, Macomer, Noragugume, Sindia	7		
	2.2	Bolotana, Bortigali, Lei, Silanus	4		
3. Siniscola	3.1	Lodè, Posada Siniscola, Torpè	7		
	3.2	Galtelli, Irgoli, Locuti, Onifai, Orosei	5		
4. Sorgono	4.1	Arizo, Belvi, Desulo, Gaddoni, Tonara	3		
	4.2	Atzara, Meana Sardo, Ortueni, Sorgono	4		
	4.3	Austis, Ovodda, Teti, Tiana	2		

ASL OGLIASTRA					
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	sedi vacanti	di cui con obbligo di apertura	di cui con decorrenza incarico dal
1. Tortolì	1.1	Baunei, Lotzorai, Talana, Triei, Urzulei	2		
	1.2	Girasole, Tortolì	4		
	1.3	Arzana, Villagrande Stirsali	2		
	1.5	Elmi, Ibono, Lanusei	1		
	1.6	Jerzu, Perdasdefogu, Tertenia	2		
	1.7	Gairo, Osini, Seui, Ulassai, Ussassai	2		

ASL ORISTANO					
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	sedi vacanti	di cui con obbligo di apertura	di cui con decorrenza incarico dal
1. Oristano	1.1	Bauladu, Milis, Narbolia, San Vero Milis, Tramatzà, Zeddiani	5	1 San Vero Milis, 1 Tramatzà	
	1.2	Baratili San Pietro, Cabras, Nurachi, Riola Sardo	7	1 Baratili, 1 Nurachi	
	1.3	Cristano, Palmas Arborea, Santa Gusta	9	1 Palmas Arborea	
	1.4	Allai, Ollastra Simaxis, Sannugheo, Siamaggiore, Siamanna, Siapiccia, Simaxis, Solarussa, Villanova Truschedu, Villaurbana, Zertaliu	5	1 Villaurbana	
2. Ghilarza-Bosa	2.1	Abbasanta, Aidomaggiore, Ardui, Bidoni, Boroneddu, Busachi, Fordongianus, Ghilarza, Neoneli, Norbello, Nugheddu Santa Vittoria, Sedilo, Soddì, Sorradile, Tadasuni, Ula Tirso	9	1 Ardui, 1 Busachi, 1 Fordongianus, 1 Neoneli, 1 Norbello	
	2.2	Cuglieri, Flussio, Magomadas, Modolo, Sagama, Scano di Montiferru, Sennariolu, Suni, Tinnura, Tresnuraghes	4	1 Cuglieri, 1 Tresnuraghes, 1 Magomadas	
	2.3	Bonarcado, Paulilatino, Santu Lussurgiu, Seneghe	5	1 Paulilatino, 1 Santu Lussurgiu, 1 Seneghe	
	2.4	Bosa, Montresta	1		
3. Ales-Terralba	3.1	Arborea, Mamubia, San Nicolò d'Arcidano, Terralba, Uras	12	1 Terralba, 1 San Nicolò d'Arcidano	
	3.2	Aibagiana, Ales, Aszolo, Azuni, Curcuris, Genoni, Laccini, Mogorella, Nurci, Paj, Rinas, Senis, Usellus, Villa Sant'Antonio, Villaverde	3	1 Usellus	
	3.3	Baradili, Baressa, Gonnescodina, Gonnesonò, Gonnostramatza, Masullas, Mogoro, Morgongiori, Pompu, Simala, Sini, Siris	4	1 Masullas	

ASL MEDIO CAMPIDANO					
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	sedi vacanti	di cui con obbligo di apertura	di cui con decorrenza incarico dal
1. Guspini	1.1	Guspini	5		
	1.2	Arbus	3		
	1.3	Gonnosfanadiga	5		
	1.4	Villacidro	7		
	1.5	Pabillonis, San Gavino Monreale, Sardara	4		
2. Santuri	2.1	Furtei, Santuri, Segariu, Villamar	7		
	2.2	Samassi, Serranti	5		
	2.3	Serramanna	5		
	2.4	Banumini, Genuri, Gesturi, Las Plassas, Setzu, Tuili, Villanovafranca	2		
	2.5	Collinas, Lunamatrona, Paul Arbarei, Siddi, Turrì, Ussaramanna, Villanovatorru	2		

ASL SULCIS					
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	sedi vacanti	di cui con obbligo di apertura	di cui con decorrenza incarico dal
1. Carbonia	1.1	Carbonia, Portoscuso	9		
	1.2	San Giovanni Suergiu, Tratalias	3		
	1.5	Narcao, Nuxis, Perdaxius, Santadi, Villaperuccio	3		
	1.6	Giba, Masainas, Piscinas, Sant'Anna Arresi	4		
2. Iglesias	2.2	Domusnovas, Museli, Villamassargia	3		
	2.3	Gommesa, Iglesias	7		
3. Isole	3.1	Calasetta, Sant'Antioco	7		
	3.2	Carloforte	1		

ASL CAGLIARI					
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	sedi vacanti	di cui con obbligo di apertura	di cui con decorrenza incarico dal
1. Cagliari Area Vasta	1.1	Cagliari, Monserrato, Quartucciu, Selargius, Settimo San Pietro	53		
	1.2	Monastir, Nuraminis, Sestu, Ussena	9		
2. Area Ovest	2.1	Assemini, Decomomannu, Elmas, San Sperate, Uta	17		
	2.2	Decimoputzu, Siliqua, Valiermosa, Villasor, Villaspiciosa	9		
	2.3	Capoterra	9		
	2.4	Domus de Maria, Pula	6		
	2.5	Sarrech, Villa San Pietro	3		
	2.6	Teulada	2		
3. Quartu - Parteolla	3.1	Quartu Sant'Elena	22		
	3.2	Burcei, Maracalagonis, Sinnai	8		
	3.3	Dolianova, Donori, Sordiana, Soleminis	6		
4. Sarrabus - Gerrei	4.1	Muravera, San Vito, Villaputzu	5		
	4.2	Castadas, Villasimius	4		
	4.3	Arungia, Balfio, San Nicolò Gerrei, Silius, Villasalto	2		
5.1 Sarcidano - Barbagia di Seulo - Trexenta	5.1	Escalca, Gerrei, Isili, Nuragus, Nurallao, Serrì	3		
	5.2	Escalaplano, Nurri, Orroli	3		
	5.3	Esterzili, Sedili, Seulo, Villanovatulo	2		
	5.4	Goni, San Basilio, Sant'Andrea Frius, Senorbì	4		
	5.5	Barrali, Guamaggiore, Guasila, Ortacesus, Pimentel, Samatzai, Selgas	4		
	5.6	Gesco, Mandas, Surgus Dongala, Suelli	2		

Allegato 2)

Modulistica

Il presente allegato contiene tre 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 A CICLO DI SCELTA (**PER TRASFERIMENTO ANNO 2024**)
- 2) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA (**PER GRADUATORIA ANNO 2024**)
- 3) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA (**Medici che hanno acquisito il titolo successivamente alla scadenza del termine previsto per la domanda di inserimento in graduatoria regionale) ANNO 2024**)

1)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI
VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA
(PER TRASFERIMENTO ANNO 2024)**

Bollo 16 €

n. identificativo della marca da bollo

Nr. _____

ARES SARDEGNAincarichimedicinagenerale@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 reso esecutivo con l'intesa Stato-Regioni del 28 aprile 2022, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria a ciclo di scelta pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma della Sardegna n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti ambiti:

ASL		AMBITO		ASL		AMBITO	
ASL		AMBITO		ASL		AMBITO	
ASL		AMBITO		ASL		AMBITO	
ASL		AMBITO		ASL		AMBITO	
ASL		AMBITO		ASL		AMBITO	
ASL		AMBITO		ASL		AMBITO	

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 _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**(Art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)****(PER TRASFERIMENTO ANNO 2024)**

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.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
(art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

(PER TRASFERIMENTO ANNO 2024)

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 _____
Inizio dal _____;

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

 _____ Periodo dal _____
 _____;
- 15) essere/non essere (1) titolare o 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;

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

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

- 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

Al 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".

2)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI
DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA
(PER GRADUATORIA ANNO 2024)**

Bollo 16 €

n. identificativo della marca da bollo

Nr. _____

ARES SARDEGNA

incarichimedecinagenerale@pec.aressardegna.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 del 23.03.2005 e ss.mm.ii. valevole per l'anno 2024 pubblicata sul BURAS n. 62 del 23.11.2023.

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 34 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale reso esecutivo con l'intesa Stato-Regioni
del 28 aprile 2022, di assegnazione degli incarichi vacanti per l'assistenza primaria a ciclo di scelta pubblicati sul Bollettino Ufficiale della
Regione Autonoma della Sardegna n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti ambiti:

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, ex art. 34, c. 12 e 13 ACN 28/04/2022, di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appreso 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 e delle norme
corrispondenti di cui al D.L.vo n. 368/99 e di cui al D.L.vo n. 277/03 (art. 16, c. 7, lett. a, DPR 270/00)
- riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (ART. 16, c. 7, lett. b, ACN 27/07/09).

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 _____

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

(PER GRADUATORIA ANNO 2024)

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.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

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

(PER GRADUATORIA ANNO 2024)

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 _____;

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

 _____ Periodo dal _____
 _____;
- 36) essere/non essere (1) titolare o 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):
 ASSSL di _____ Comune di _____ ore sett _____
 Tipo di attività _____
 Periodo dal _____;

- 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".

3)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA
PRIMARIA A CICLO DI SCELTA ANNUALITA' 2024

BOLLO € 16

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

ARES SARDEGNA

incarichimedecinagenerale@pec.aressardegna.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 dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale reso esecutivo con l'intesa Stato-Regioni del 28 aprile 2022, di assegnazione degli incarichi vacanti per l'assistenza primaria a ciclo di scelta pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma della Sardegna n. del , e segnatamente per i seguenti ambiti:

AMBITO		ASSL		AMBITO		ASSL	
AMBITO		ASSL		AMBITO		ASSL	
AMBITO		ASSL		AMBITO		ASSL	
AMBITO		ASSL		AMBITO		ASSL	
AMBITO		ASSL		AMBITO		ASSL	
AMBITO		ASSL		AMBITO		ASSL	
AMBITO		ASSL		AMBITO		ASSL	

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:

DICHARA

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).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

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

D I C H I A R A

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

Data

Firma ³

* Cancellare la voce che non interessa

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

³ La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore. (art. 38 del DPR 445/00).