



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Buras n. 65

Data di pubblicazione: 22 ottobre 2020

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. 903 del 12 ottobre 2020

Pubblicazione di tre sedi carenti straordinarie di Pediatria di Libera Scelta (PLS) - ambito 15 ASSSL Nuoro (Aritzo, Atzara, Belvi, Desulo, Gadoni, Meana Sardo) - ambito 7 ASSSL Oristano (Gonnoscodina, Gonnostramatza, Masullas, Mogoro, Pompu, Simala Siris) - ambito 6 ASSSL Nuoro (Fonni, Gavoi, Lodine e Ollolai).

Il Direttore del Servizio

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

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

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

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

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

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

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

VISTI i verbali dei comitati aziendali delle ASSSL di Nuoro e di Oristano, rispettivamente in data 15.06.2020 e 26.02.2020, con i quali è richiesta l'individuazione delle zone carenti straordinarie di pediatria di cui al presente provvedimento;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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

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

VISTA la D.G.R. n. 49/36 del 26.11.2013 con la quale tutti i comuni ricompresi nell'ambito 15 del distretto di Sorgono – ASSL di Nuoro - vengono individuati come zone disagiate;

PRESO ATTO che il Comitato permanente regionale per la pediatria di libera scelta, nella seduta del 16 settembre 2020, ha deliberato all'unanimità di autorizzare l'assegnazione di tre sedi carenti straordinarie così individuate:

- ambito 15 ASSL Nuoro (Aritzo, Atzara, Belvì, Desulo, Gadoni, Meana Sardo)
- ambito 7 ASSL Oristano (Gonnoscodina, Gonnostramatza, Masullas, Mogoro, Pompu, Simala Siris)
- ambito 6 ASSL Nuoro (Fonni, Gavoi, Lodine e Ollolai)

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

CONSIDERATO quanto previsto dalla determinazione n. 156 del 06.03.2020, con la quale è stata approvata la graduatoria unica regionale definitiva dei medici pediatri di libera scelta valida per l'anno 2020, pubblicata sul BURAS n. 12 del 12.03.2020;

CONSIDERATO che in conformità a quanto previsto dall'art. 33 del sopra menzionato ACN del 2005 e s.m. i., integralmente sostituito dall'art. 4 dell'ACN/2018, si rende necessario disporre la pubblicazione sul BURAS di tre sedi carenti straordinarie così individuate:

- ambito 15 ASSL Nuoro (Aritzo, Atzara, Belvì, Desulo, Gadoni, Meana Sardo)
- ambito 7 ASSL Oristano (Gonnoscodina, Gonnostramatza, Masullas, Mogoro, Pompu, Simala Siris)
- ambito 6 ASSL Nuoro (Fonni, Gavoi, Lodine e Ollolai)

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

CONSIDERATO che L'ATS dovrà provvedere all'assegnazione degli ambiti territoriali carenti straordinari secondo le modalità previste dall'art. 33 dell'ACN/2005 e s.m.i., così come modificato e integralmente sostituito dall'art. 4 dell'ACN/2018, e dall'Accordo Integrativo Regionale approvato con la D.G.R. 10/45 del 11.02.2009;

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

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



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Determina

ART. 1 In conformità a quanto indicato nelle premesse, si dispone la pubblicazione sul Buras delle tre sedi carenti straordinarie per la pediatria di libera scelta ricadenti nei seguenti ambiti:

- ambito 15 ASSL Nuoro (Aritzo, Atzara, Belvì, Desulo, Gadoni, Meana Sardo)
- ambito 7 ASSL Oristano (Gonnoscodina, Gonnostamatza, Masullas, Mogoro, Pompu, Simala Siris)
- ambito 6 ASSL Nuoro (Fonni, Gavoi, Lodine e Ollolai)

ART. 2 Al conferimento dell'incarico possono concorrere i Pediatri secondo l'ordine di priorità previsto dall'art. 33 dell'ACN 15.12.2005 e s.m.i., così come modificato e integralmente sostituito dall'art. 4 dell'ACN/2018.

ART. 3 Ai sensi delle vigenti disposizioni i Pediatri interessati, entro 20 (venti) giorni a decorrere dal giorno successivo alla data di pubblicazione della presente determinazione sul BURAS, presentano apposita istanza all'ATS a mezzo PEC all'indirizzo sc. medicinaconvenzionata@pec.atssardegna.it, o a mezzo raccomandata A/R alla ASSL di Cagliari, via Pier della Francesca 1, 09047 Selargius – Cagliari, secondo la modulistica allegata che sarà disponibile anche sul sito 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>

In caso di invio con raccomandata A/R farà fede la data di effettiva ricezione della domanda da parte dell'Amministrazione e non quella di spedizione. In caso di invio tramite pec, il soggetto interessato provvede ad inserire nella domanda i numeri identificativi della marca da bollo utilizzata, nonché ad annullare la stessa;

ART. 4 L'ATS dovrà provvedere all'assegnazione delle sedi carenti secondo le modalità previste dall'art. 33 dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i., così come modificato e integralmente sostituito dall'art. 4 dell'ACN/2018.

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

Per quanto non espressamente previsto dal presente provvedimento si rimanda a quanto disposto dall'ACN del 15.12.2005 e ss.mm.ii. Il presente provvedimento è trasmesso all'Assessore dell'Igiene, Sanità e dell'Assistenza Sociale ai sensi dell'articolo 21, comma 9, della L.R. 13.11.1998, n. 31 e ss.mm.ii.

Piras



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ALLEGATO 1)

compilare in caso di domanda per graduatoria

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

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

Il/La sottoscritto/a

cognomenome

Nato/a a (prov.) il

Residente nel comune di(prov.)

Via n.

a far data dal

Precedente residenza:

dal al Comune di (prov.)

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

dichiara:

di essere residente nella Regione dal

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e data

Firma del dichiarante

.....



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ALLEGATO 1BIS)

Compilare solo se specializzati dopo il 31/01/2018

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

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

Il/La sottoscritto/a

cognome nome

Nato/a a (prov.) il

Residente nel comune di (prov.)

Via n.

a far data dalASSL di residenza

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

dichiara:

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

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

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e data

Firma del dichiarante

.....



ALLEGATO 1a

**DOMANDA DI TRASFERIMENTO
NEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI (ANNO 2020) DEI PEDIATRI CONVENZIONATI
DELLA REGIONE SARDEGNA**

BOLLO € 16

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

n. identificativo della marca da bollo
(in caso di invio della domanda a mezzo pec)

Nr. _____

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

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

PRESENTA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

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

ASSL	Ambito Territoriale

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

Allegati n.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso
La propria residenza Il domicilio sotto indicato

c/o Via/Piazza n. ... Comune prov.

Data
.....

Firma
.....



ALLEGATO 1b

**DOMANDA DI TRASFERIMENTO
NEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI (ANNO 2020) DEI PEDIATRI CONVENZIONATI
PROVENIENTI DA ALTRA REGIONE**

BOLLO € 16

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

n. identificativo della marca da bollo
(in caso di invio della domanda a mezzo pec)

Nr. _____

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

PRESENTA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

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

ASSL	Ambito Territoriale

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

Allegati n.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso
La propria residenza Il domicilio sotto indicato

c/o Via/Piazza n. ... Comune prov.

Data
.....

Firma
.....



ALLEGATO 1c)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI (ANNO 2020) PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

PER GRADUATORIA

BOLLO € 16

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

n. identificativo della marca da bollo
(in caso di invio della domanda a mezzo pec)
Nr. _____

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

Residente nella Regione dal inserito nella graduatoria regionale dei medici pediatri di cui all'art. 15 e s.m.i. integrato e modificato dagli accordi collettivi nazionali sottoscritti in conferenza Stato regioni in data 29.07.2009 e 21.06.2018 pubblicata sul Bollettino ufficiale della Regione Sardegna n. 12 del 12.03.2020.
specializzatin data con voto finale

PRESENTA DOMANDA DI INSERIMENTO

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

Table with 2 columns: ASSL, Ambito Territoriale

A tal fine dichiara:
di essere incluso nella suddetta graduatoria regionale dei medici pediatri valida per l'anno 2020, con punteggio

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso
La propria residenza Il domicilio sotto indicato

c/o Via/Piazza n. ... Comune prov.

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

Allegati n.

Data
.....

Firma
.....



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ALLEGATO 1d)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI
(ANNO 2020)
MEDICI PEDIATRI SPECIALIZZATI DOPO IL 31 GENNAIO 2018

BOLLO € 16

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

n. identificativo della marca da bollo
(in caso di invio della domanda a mezzo pec)
Nr. _____

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

PRESENTA DOMANDA

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

ASSL	Ambito Territoriale

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

Allegati n.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso
La propria residenza Il domicilio sotto indicato

c/o Via/Piazza n. ... Comune prov.

Data
.....

Firma
.....



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ALLEGATO 2) compilare per trasferimenti

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

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

Il/La sottoscritto/a

cognomenome

Nato/a a (prov.) il

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

dichiara:

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

.....

.....

.....

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e data

Firma del dichiarante

.....



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

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

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

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

dichiara formalmente di

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



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- 8) Di 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 della L. 833/78: ⁽²⁾
Organismoore sett.
Via Comune di
Tipo di attività
Tipo di rapporto di lavoro
Periodo: dal;
- 9) Di svolgere/non svolgere⁽¹⁾ funzioni di medico di fabbrica⁽²⁾ o di medico competente ai sensi del D.lgs n. 81/2008:
Aziendaore sett.
Via Comune di
Periodo: dal;
- 10) Di svolgere/non svolgere⁽¹⁾ per conto dell'INPS o dell'azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: ⁽²⁾
Aziendaore sett.
Comune di
Periodo: dal;
- 11) Di fruire/non fruire⁽¹⁾ del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del Lavoro e della previdenza sociale;
- 12) Di svolgere/non svolgere⁽¹⁾ altre attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere: nessuna)
.....
.....
Periodo: dal
- 13) Di operare/non operare⁽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. 1,2,3,4 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 5,6,7):
Soggetto pubblico
Via Comune di
Tipo di attività
Tipo di rapporto di lavoro
Periodo: dal;
- 14) Di fruire/non fruire del trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente a carico del
Periodo: dal;
- 15) Di fruire/non fruire⁽¹⁾ del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita: ⁽²⁾ soggetto erogante il trattamento di adeguamento
.....
Periodo: dal.....;
- 16) Di essere/non essere iscritto ⁽¹⁾ a corso di formazione in medicina generale o corsi di specializzazione di cui ai Decreti legislativi nn. 256/91, 257/91, 368/99, e 277/2003:
Denominazione corso
Soggetto pubblico che lo svolge
Inizio: dal



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

17) Di 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⁾

.....

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

.....

.....

NOTE:

.....

.....

.....

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero ⁽³⁾

Data Firma del dichiarante ⁽⁴⁾

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

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

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