

AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO – C.F. 02600160648

Incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al 1° marzo 2019 dalla ASL Avellino - Regione Campania, ex art. 92 come modificato dall'art. 7 dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 21.06.2018 e art. 9 d.l. n. 135/2018, convertito in l. n. 12/2019.

Ai sensi dell'art. 92, comma 3, del vigente ACN, ed in esecuzione della deliberazione n.1086 del 20/08/2019, sono pubblicati gli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al 1° marzo 2019 dalla Azienda Sanitaria Locale Avellino - Regione Campania.

Entro 20 giorni dalla data di pubblicazione dell'Avviso nel Bollettino Ufficiale della Regione i medici interessati possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti presentando, esclusivamente tramite pec.: protocollo@pec.aslavellino.it., la domanda di partecipazione secondo i facsimile allegati (A-B-C-D), compilando altresì, ove indicato nello schema di domanda, l'allegato E.

Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti pubblicati i medici in possesso **dell'attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione previsto ai sensi dell'art. 96 dell'A.C.N.**

Ciò premesso in via generale, possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti:

a) per trasferimento: i medici titolari di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale in un'Azienda della Regione Campania o in un'Azienda di altra Regione, a condizione che risultino titolari rispettivamente da almeno un anno e da almeno due anni dell'incarico dal quale provengono. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento;

I medici sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato nell'emergenza sanitaria territoriale, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'articolo 18, comma 1, ACN. In caso di pari posizione sono graduati nell'ordine di minore età, voto di laurea ed anzianità di laurea.

Il medico che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza. La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

I medici già titolari d'incarico di emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato possono concorrere all'assegnazione solo per trasferimento.

b) per graduatoria: i medici inclusi nella graduatoria regionale - valevole per l'anno 2019 e che siano in possesso dei requisiti necessari per le attività di emergenza sanitaria territoriale, con priorità per:

I) medici già incaricati a tempo indeterminato presso la stessa Azienda nel servizio di continuità assistenziale, di cui al Capo III;

II) medici incaricati a tempo indeterminato di continuità assistenziale nell'ambito della Regione Campania, con priorità per quelli residenti nell'ambito dell'Azienda da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell'incarico vacante;

III) medici inseriti nella graduatoria regionale, con priorità per quelli residenti nell'ambito dell'Azienda da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell'incarico vacante;

I medici sono graduati secondo il punteggio riportato nella graduatoria regionale di settore.

Il medico che accetta l'incarico di emergenza sanitaria territoriale non può concorrere all'assegnazione di ulteriori incarichi in base alla graduatoria regionale valida per l'anno 2019.

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 nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda.

Tali medici concorrono successivamente ai trasferimenti ed ai medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno 2019 e sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea, con priorità di interpello per i residenti nel territorio aziendale, in Regione e da ultimo fuori Regione

Ai sensi dell'art. 92, comma 13: "L'Azienda interpella prioritariamente i medici di cui alla lettera a) successivamente i medici di cui alla lettera b) i medici di cui alla lettera c) *ed infine i medici di cui alla lettera d)* con priorità di interpello per i residenti nel territorio aziendale, in Regione e da ultimo fuori regione;

d) Ai sensi dell'articolo 9, comma 1, del Decreto Legge n. 135/2018, convertito dalla Legge n. 12 dell'11/02/2019, **i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale, iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Campania**, possono partecipare all'assegnazione degli incarichi convenzionali. L'assegnazione degli incarichi è in ogni caso subordinata rispetto ai medici in possesso del relativo diploma e agli altri medici aventi, a qualsiasi titolo, diritto all'inserimento nella graduatoria regionale.

Pertanto, qualora espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 92 del vigente ACN, uno o più incarichi di emergenza sanitaria territoriale rimarranno vacanti si procederà all'interpello dei medici laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Campania.

Tali medici sono interpellati nel seguente ordine:

- 1. medici frequentanti la terza annualità del corso;**
- 2. medici frequentanti la seconda annualità del corso;**
- 3. medici frequentanti la prima annualità del corso;**

in attuazione dell'art. 92, a parità di annualità di frequenza i medici sono ordinati in base ai seguenti criteri:

- 1. minore età al conseguimento del diploma di laurea;**
- 2. voto di laurea;**
- 3. anzianità di laurea;**

con priorità di interpello per i medici residenti - alla data di pubblicazione delle carenze — nel territorio aziendale.

La domanda, deve essere inviata esclusivamente alla Aziende Sanitaria Locale Avellino, in relazione agli incarichi vacanti pubblici, tramite pec: protocollo@pec.aslavellino.it, riportando nell'oggetto la dicitura "**domanda per conferimento incarichi di emergenza sanitaria territoriale**".

La ASL provvederà a predisporre le graduatorie aziendali che verranno rese pubbliche mediante l'affissione all'albo aziendale, alla convocazione

dei medici aventi titolo con un preavviso di quindici giorni, al conferimento degli incarichi vacanti secondo le modalità di cui all'art. 92 del vigente ACN. Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare la propria accettazione mediante telegramma o PEC, indicando l'ordine di priorità per l'accettazione tra gli incarichi vacanti pubblicati per i quali ha concorse. Il telegramma o la PEC devono pervenire alle Aziende UU.SS.LL. perentoriamente entro le ore 12:00 del giorno precedente la data fissata per la riunione di assegnazione degli incarichi.

ATTENZIONE: I medici che aspirano al conferimento degli incarichi non devono trovarsi nelle condizioni di cui all'art. 17, comma 2, lettere b) e f) dell'Accordo Collettivo Nazionale del 23.03.2005, così come modificato dall'Accordo del 21.06.2018 (cfr. art. 8 commi 1 e 2), ovvero non devono:

- fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 1510.1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

- fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni della "quota A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM".

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679, in relazione ai dati personali richiesti, si precisa che tali dati verranno trattati esclusivamente per le finalità e gli adempimenti istituzionali previsti dall'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale per la procedura di attribuzione degli incarichi vacanti d'emergenza sanitaria territoriale.

SERVIZIO EMERGENZA TERRITORIALE INCARICHI ZONE CARENTI

DISTRETTO SANITARIO	N. CARENZE
DSB 1 Ariano Irpino	4
DSB 3 Sant'Angelo dei Lomb.	8
DSB 4 Avellino	7
DSB 5 Atripalda	1
DSB 6 Baiano	3
TOTALE	- 23

Per eventuali informazioni gli aspiranti potranno rivolgersi all'U.O.C.Cure Primarie dell'ASL Avelino, Via degli Imbimbo 10/12 Avellino.

IL DIRETTORE GENERALE

Dr.ssa Maria Morgante

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI
INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(per trasferimento)****(ALLEGATO A)**AI DIRETTORE GENERALE
ASL AVELLINO
VIA DEGLI IMBIMBO 10/12
83100 AVELLINO

Marca da Bollo € 16,00

Il sottoscritto Dott. _____ nato a
_____ Prov. _____ il _____
_____ codice fiscale _____ residente
a _____ prov. _____ via
_____ n. _____ CAP _____ a far data dal
_____ Azienda /USL di residenza Regione
_____ dal _____
CELL. _____ PEC _____
TITOLARE DI INCARICO A TEMPO INDETERMINATO per l'emergenza
sanitaria territoriale

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 6, lettera a), dell'Accordo
Collettivo Nazionale per la medicina generale 23.03.2005 e s.m.i., di
assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale
pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. _____
del _____ e segnatamente per i seguenti incarichi
(indicare separatamente e con precisione gli incarichi per cui si concorre,
specificando la postazione fissa o itinerante come da avviso):

N. POSTI	DISTRETTO SANITARIO DI BASE N. _____

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali
conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76, DPR
445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000

DICHIARA

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso
l'Università degli Studi di _____ in
data _____ con voto _____ ;
2. di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di _____.
3. di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di emergenza
sanitaria territoriale presso l'Azienda /USL di
_____ della Regione _____
dal _____.

4. 4. di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale:

dal_____al_____ASL_____Regione_____
dal_____al_____ASL_____Regione_____
dal_____al_____ASL_____Regione_____
dal_____al_____ASL_____Regione_____

5. di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale;

6. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m i. e del Regolamento 1.1E n. 2016/679.

Allega:

- dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato E).
- copia fotostatica di un documento d'identità (art. 38 del DPR 445/00).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo:

pec: _____

Data _____ firma _____ per
esteso _____

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).

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI
INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(per graduatoria)****(ALLEGATO B)**AI DIRETTORE GENERALE
ASL AVELLINO
VIA DEGLI IMBIMBO 10/12
83100 AVELLINO

Marca da Bollo € 16,00

Il sottoscritto Dott, _____ nato a

_____ Prov.

il _____ codice fiscale

_____ residente a

_____ prov.. _____

_____ via _____ n. _____

CAP _____ dal _____ Cell.

_____ PEC _____

**INSERITO NELLA GRADUATORIA REGIONALE VALIDA PER L'ANNO
2019****FA DOMANDA**

secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 6, lettera b), dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale 23.03.2005 e s.m.i., di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi (indicare separatamente e con precisione gli incarichi per cui si concorre, specificando la postazione fissa o itinerante come da avviso):

N. POSTI	DISTRETTO SANITARIO DI BASE N. _____

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76, DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000

DICHIARA

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____;
2. di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di _____;
3. di essere iscritto nella graduatoria regionale - valevole per l'anno 2019 con punti _____ e che alla data di scadenza della presentazione

della domanda di inserimento/integrazione titoli nella graduatoria non era titolare di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria;

4. di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato per l'emergenza sanitaria territoriale;

5. di essere residente nel comune di _____
dal _____;

6. di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato presso la stessa Asl nel servizio di continuità assistenziale dal _____;

7. di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato nell'ambito della Regione Campania nel servizio di continuità assistenziale ASL dal _____ al _____ n _____

8. di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale;

9. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.mi. e del Regolamento 1.1E n. 2016/679.

Allega:

- dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato E).
- copia fotostatica di un documento d'identità (art. 38 del DPR 445/00).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo:

pec: _____

Data _____ firma _____ per
esteso _____

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).

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(art. 92, comma 6, lettera c vigente ACN)
(ALLEGATO C)

AI DIRETTORE GENERALE
ASL AVELLINO
VIA DEGLI IMBIMBO 10/12
83100 AVELLINO

Marca da Bollo € 16,00

Il sottoscritto Dott. _____ nato a
_____ Prov. _____
il _____ codice fiscale _____
_____ residente a
_____ prov. _____
_____ via _____ n. _____
CAP _____ dal _____ Cell. _____
_____ PEC _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 6, lettera c), dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale 23.03.2005 e s.m.i., di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi (indicare separatamente e con precisione gli incarichi per cui si concorre, specificando la postazione fissa o itinerante come da avviso):

N. POSTI	DISTRETTO SANITARIO DI BASE N. _____

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76, DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000

DICHIARA

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con 'voto _____;
2. di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di _____;
3. di aver acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale presso la Regione _____ in data _____;
4. di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale;

5. di essere residente nel Comune di _____
prov. _____ dal _____;

6. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del
D. Lgs. 196/2003 e s.m i. e del Regolamento 1.1E n. 2016/679.

Allega

- dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato E).
- copia fotostatica di un documento d'identità (art. 38 del DPR 445/00).
Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al
seguente indirizzo:

pec: _____

Data _____

firma per esteso _____

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).

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI
INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(medico frequentante il corso di formazione specifica in medicina
generale)**

(ALLEGATO D)

AI DIRETTORE GENERALE
ASL AVELLINO
VIA DEGLI IMBIMBO 10/12
83100 AVELLINO

Marca da Bollo € 16,00

Il sottoscritto Dott. _____ nato/a

Prov. _____

il _____ codice fiscale _____

residente _____

a _____ prov.. _____ via _____ n.

_____ CAP _____ dal _____

CELL. _____

_____ PEC _____

secondo quanto previsto dall'articolo 9, comma 1 del Decreto Legge n.135/2018, convertito in Legge n. 12/2019, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale della Regione Campania qualora, espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 92 del vigente ACN, uno o più incarichi di emergenza sanitaria territoriale rimangano vacanti;

per gli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi (indicare separatamente con precisione gli incarichi per cui si concorre, specificando la postazione fissa o itinerante come da avviso):

N. POSTI	DISTRETTO SANITARIO DI BASE N. _____

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76, DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000

DICHIARA

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____

con voto _____;

2. di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di _____;

3. di frequentare il _____ (indicare l'anno di corso) anno del Corso di formazione specifica in medicina generale relativo al corso triennale _____/_____ presso la Regione iniziato in data _____;
4. di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale;
5. di essere residente nel Comune di _____ prov (____) dal _____
6. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m i. e del Regolamento 1.1E n. 2016/679.

DICHIARA INOLTRE

- α) di essere a conoscenza che verrà eventualmente interpellato qualora, espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 92 del vigente ACN uno o più incarichi di emergenza sanitaria territoriale rimarranno vacanti
- β) di essere a conoscenza che potrà partecipare all'assegnazione di tali incarichi solo se iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale;

Allega:

- dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato E).
- copia fotostatica di un documento d'identità (art. 38 del DPR 445/00).
Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo:

pec: _____

Data _____

firma per esteso _____

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).

(ALLEGATO E)**AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA**

Il sottoscritto Dott. _____ nato _____
a _____ Prov. _____ il _____ codice
fiscale _____ residente in _____
_____ prov. _____ via _____ n.
CAP _____ dal _____ iscritto all'ordine dei
medici n. _____ della provincia di _____
CELL. _____ PEC _____
consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a
dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76, DPR 445/2000, ai
sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000

DICHIARA

1. 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;
2. fruire / non fruire (1) di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente;
3. fruire /non fruire (1) di trattamento di quiescenza per le sole prestazioni della quota "A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM;
4. 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 _____ Tipo _____
di rapporto di lavoro _____ Periodo :
dal _____

5. essere / non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n. _____ scelte e con n° scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____

6. essere /non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n. scelte periodo dal _____
7. essere / non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno (2) :

Azienda _____ branca _____ ore
settimanali _____

Azienda _____ branca _____ ore
settimanali _____

8. essere / non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni (2):

provincia _____ branca _____
periodo: dal _____

9. avere / non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 quinquies, Decreto Legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni:

Azienda _____ Via _____
Tipo di attività _____

periodo:

dal _____

10. 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 _____ Azienda _____

ore sett. _____ in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

11 di essere / non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Legislativo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Legislativo n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al Decreto Legislativo n. 368/99 e successive modifiche ed integrazioni.

Denominazione del corso _____

Soggetto pubblico che lo svolge _____

Inizio: dal _____

12. 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 Aziende ai sensi dell'art. 8 — quinquies del decreto legislativo n 502/1992 e successive modificazioni (2):

Organismo _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

13. 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 Legge n. 833/78: (2)

Organismo _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____ Periodo: dal _____

14. svolgere / non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81:

Azienda _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____ Periodo: dal _____ svolgere / non svolgere

(1) per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte : (2) Azienda Comune di _____ Periodo: dal _____

16 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 _____

17 essere /non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interesse col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale:

18 svolgere /non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compresa nei punti precedenti ; in caso negativo scrivere :nessuna)

Periodo: dal _____

19 essere / non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate, a tempo determinato o a tempo indeterminato : (1) (2)

Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____

Tipo di attività _____

Periodo : dal _____

20 operare/non operare(1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 5, 6, 7, 10):

Soggetto Pubblico _____

Via _____

Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____ Periodo:
dal _____ al _____

NOTE: _____

DICHIARO CHE LE NOTIZIE SOPRA RIPORTATE CORRISPONDONO
AL VERO

Dichiaro, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del d.lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 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 _____

In Fede _____

(1) Cancellare la parte che non interessa

(2) Completare con notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare la sezione note