

REGIONE CAMPANIA

AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 3 SUD

In esecuzione della Deliberazione n. 740 del 20/08/2019 è indetto:

**Bando per il conferimento degli Incarichi vacanti di
Emergenza Sanitaria Territoriale
ASL Napoli 3 Sud**

(ALLEGATO 01)

Avviso pubblicazione Incarichi di Emergenza Sanitaria Territoriale individuati dall'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud con annessi modelli A, B, C, D, E ai sensi dell'art. 92 dell'A.C.N. Medicina Generale vigente.

La presente procedura è disciplinata dall'art. 92 dell'A.C.N. Medicina Generale vigente e dalle disposizioni integrative che seguono.

Entro 20 giorni dalla data di pubblicazione del presente Avviso nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania i medici interessati possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti presentando, esclusivamente tramite pec all'indirizzo: sper.convenzionato@pec.aslnapoli3sud.it, la domanda di partecipazione secondo uno dei facsimili allegati (A-B-C-D), compilando altresì l'allegato E ed allegando copia del proprio documento di identità o riconoscimento.

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 di un'altra 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:

- medici già incaricati a tempo indeterminato presso la stessa Azienda nel servizio di continuità assistenziale, di cui al Capo III;
- 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;
- 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 cui all'art. 15 ACN Medicina Generale.

Il medico che accetta l'incarico di emergenza sanitaria territoriale non può concorrere alla 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) ed infine i medici di cui alla lettera c) con priorità di interpello per i residenti nel territorio aziendale, in Regione e da ultimo fuori regione."

Ai sensi dell'articolo 9, comma 1, del Decreto Legge n. 135/2018, convertito «dalla Legge n. 12 del 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 A.C.N., 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 frequentante 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 Azienda Sanitaria Locale Asl Napoli 3 Sud, in relazione agli incarichi vacanti pubblicati, tramite posta elettronica certificata all'indirizzo pec sper.convenzionato@pec.aslnapoli3sud.it , riportando nell'oggetto la dicitura **“domanda per conferimento incarichi di emergenza sanitaria territoriale”**.

L' 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, indicando l'ordine di priorità per l'accettazione tra gli incarichi vacanti pubblicati per i quali ha concorso. Il telegramma deve pervenire all'ASL Napoli 3 Sud - UOC GRU- via Marconi, 66 , 80059 Torre del Greco, 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 Ministero 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.

- AGEROLA n. 4;
- CASTELLAMMARE DI STABIA n. 2;
- ERCOLANO n. 1;
- GRAGNANO n. 3;
- POMPEI n. 5;

- NOLA n. 2;
- MARIGLIANO n. 5;
- POMIGLIANO n. 1;
- ROCCARAINOLA n. 2;
- S. GENNARO VESUVIANO n. 3;
- PORTICI n. 1;
- SAN GIORGIO A CREMANO n. 3;
- TORRE ANNUNZIATA n. 5;
- TORRE DEL GRECO n. 3;
- VICO EQUENSE n. 1;
- SNNT'. AGNELLO n. 2;
- SAN GIUSEPPE VESUVIANO n. 1;
- SANT' ANASTASIA n. 6;
- POGGIOMARINO n. 4;
- POLLENA TROCCHIA n. 3.

Il Direttore Generale
D.ssa Antonietta Costantini
per delega
Il Direttore UOC GRU
Dott. Giuseppe Esposito

(ALLEGATO A)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI
EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE (per trasferimento)**

AL DIRETTORE GENERALE ASL NAPOLI 3 SUD
Via Marconi , 66
80059 Torre del Greco (NA)

Marca da Bollo €16,00

Il sottoscritto Dr. _____, nato a _____
Prov. _____, C.F. _____, residente a _____
_____ Prov. _____ Via _____ n. _____ CAP _____

TITOLARE DI INCARICO A TEMPO INDETERMINATO per l'Emergenza Sanitaria Territoriale a far
data dal _____ presso Azienda / USL _____
Cell _____ PEC _____

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

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. 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.-

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 UE n. 2016/679.

Allega:

dichiarazione sostitutiva di atto notorio copia fotostatica di un documento d'identità (art. 38 del DPR 445/2000)

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 si apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscritto (art. 38 del DPR 445/2000).

(ALLEGATO B)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI
DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE (per graduatoria)**

Marca da Bollo €16,00

**AL DIRETTORE GENERALE ASL NAPOLI 3 SUD
Via Marconi , 66
80059 Torre del Greco (NA)**

Il sottoscritto Dr. _____, nato a _____
Prov. _____, C.F. _____, residente a _____
_____ Prov. _____ Via _____ n. _____ CAP _____
data dal _____ presso Azienda / USL _____
Cell _____ PEC _____

INSERITO NELLA GRADUATORIA REGIONALE VALIDA PER L'ANNO 2019

fa domanda

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,

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 non era titolare di incarico a tempo indeterminato di Emergenza Sanitaria Territoriale;
4. di essere residente nel Comune di _____ dal _____;

5. di essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato presso la stessa Asl nel servizio di continuità assistenziale dal _____;
6. di essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato nell'ambito della Regione Campania nel servizio di continuità assistenziale ASL dal _____ al _____;
7. di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale;
8. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679.
9. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679.

Allega:

1. dichiarazione sostitutiva di atto notorio copia fotostatica di un documento d'identità (art. 38 del DPR 445/2000)
2. Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo:

3. Pec: _____

Data _____

firma per esteso

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove si apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscritto (art. 38 del DPR 445/2000).

(ALLEGATO C)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI
DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE (art. 92 , comma 6 , lettera c , dell' A.C.N.
Medicina Generale)**

Marca da Bollo €16,00

**AL DIRETTORE GENERALE ASL NAPOLI 3 SUD
Via Marconi , 66
80059 Torre del Greco (NA)**

Il sottoscritto Dr. _____, nato a _____
Prov. _____ , C.F. _____ , residente a _____
_____ Prov. _____ Via _____ n. _____ CAP _____
data dal _____ presso Azienda / USL _____
Cell _____ PEC _____

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

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,

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 _____ (____) 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 UE n. 2016/679.

Allega:

- dichiarazione sostitutiva di atto notorio;
- copia fotostatica di un documento d'identità (art. 38 del DPR 445/2000)
- 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 si apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscritto (art. 38 del DPR 445/00).

(ALLEGATO D)

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

Marca da Bollo €16,00

AL DIRETTORE GENERALE ASL NAPOLI 3 SUD
Via Marconi , 66
80059 Torre del Greco (NA)

Il sottoscritto Dr. _____, nato a _____

Prov. _____, C.F. _____, residente a _____

_____ Prov. _____ Via _____ n. _____ CAP _____

data dal _____ presso Azienda / USL _____

Cell _____ PEC _____

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,

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 (indicare l'anno in corso) il _____ 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 _____ (____) 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 UE n. 2016/679.

DICHIARA INOLTRE

- a) di essere a conoscenza che verrà eventualmente interpellato qualora, espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 92 del vigente A.C.N. uno o più incarichi di emergenza sanitaria territoriale rimarranno vacanti;
- b) 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;
- copia fotostatica di un documento d'identità (art. 38 del DPR 445/2000)
- 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 si apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscritto (art. 38 del DPR 445/2000).

{ALLEGATO E)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

Il sottoscritto Dr. _____, nato a _____

Prov. _____, C.F. _____, residente a _____

_____ Prov. _____ Via _____ n. _____ CAP _____

data dal _____ presso Azienda / USL _____

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 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 di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente;
3. fruire /non fruire di trattamento di quiescenza per le sole prestazioni della quota "A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM;
4. 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 _____, _____ presso: _____ Soggetto-
_____ n. ore settimanali ' _____ Via _____
Comune di _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo : dal _____ al _____.
5. essere / non essere titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n. _____ scelte;
6. essere /non essere titolare di incarico come medica pediatra di libera scelta ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n. _____ scelte;
7. essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato in qualità di Specialista Ambulatoriale nella branca di _____ presso :
Azienda _____ per n. _____ ore settimanali;

Azienda _____ per n. _____ ore settimanali;

8. essere / non essere iscritto negli elenchi di medici speciali convenzionati esterni nella provincia di _____ nella branca di _____ ;
9. avere / non avere un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 quinquies , Decreto Legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni:
Azienda _____ Via _____ Tipo di attività _____
_____ dal _____ al _____ ;
10. di essere / non essere titolare di incarico di continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato nella Regione o in altra Regione:
Regione _____ Azienda _____ ore sett.li _____ incarico _____ , tipo incarico _____ ;
11. di essere / non essere iscritto a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Legislativo n. 256/91 o al 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 _____ dal _____ al _____ ;
12. operare / non operare 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:
Organismo _____ ore sett.li _____ ;
Via _____ comune di _____
_____ tipo di attività _____ , tipo di rapporto di Lavoro _____ dal _____ al _____ ;
13. operare / non operare 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;
Organismo _____ ore sett. l _____ ;
Via _____ comune di _____
_____ tipo di attività _____ , tipo di rapporto di Lavoro _____ dal _____ al _____ ;
14. svolgere / non svolgere funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi del D.Lgs.9 aprile 2008, n. 81;
Azienda _____, Comune di _____
dal _____ al _____ ;
15. svolgere / non svolgere per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: Azienda _____
Comune di _____ dal _____ al _____ ;
16. avere / non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto

di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche dal _____ al _____:

17. essere /non essere 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 altre 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) _____ dal _____ al _____
19. essere / non essere titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate, a tempo determinato o a tempo indeterminato :
Azienda _____, Comune di _____
dal _____ al _____, ore sett.li _____, tipo attività _____ ;
20. operare/non operare a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata:
Soggetto _____ n. ore sett.li _____ Via _____
_____ Comune di _____
_____ Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo : dal _____ al _____.

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.lvo 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data _____

In fede
