



AZIENDA SANITARIA LOCALE BENEVENTO
Via Oderisio 1 - 82100 Benevento

Deliberazione N. 175 del 09/04/2024

PROPONENTE: U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE

OGGETTO: Pubblicazione degli incarichi vacanti di Assistenza Penitenziaria della Azienda Sanitaria Locale Benevento alla data del 01 marzo 2024 ai sensi dell'ACN 28/04/2022.

In pubblicazione dal 09/04/2024 e per il periodo prescritto dalla vigente normativa in materia - art.8 D.Lgs 14/2013, n.33 e smi

Atto immediatamente esecutivo

Elenco firmatari

Daniela De Luca - UFFICIO DELIBERE

Raffaella Del Vecchio - U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE

Marco De Fazio - DIREZIONE SANITARIA

Carlo Esposito - DIREZIONE AMMINISTRATIVA

Gennaro Volpe - DIREZIONE GENERALE



AZIENDA SANITARIA LOCALE DI BENEVENTO

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. _____ DEL _____

UOC PROPONENTE: GESTIONE RISORSE UMANE

OGGETTO: Pubblicazione degli incarichi vacanti di Assistenza Penitenziaria della Azienda Sanitaria Locale Benevento alla data del 01 marzo 2024 ai sensi dell'ACN 28/04/2022.

LA PRESENTE DELIBERAZIONE SI COMPONE DI n. _____ PAGINE CON n. _____ ALLEGATI CHE FORMANO PARTE INTEGRANTE E SOSTANZIALE DELLA STESSA

DICHIARAZIONE DEL RESPONSABILE

Si attesta la regolarità giuridico-amministrativa del presente atto e di adeguata istruttoria (artt. 4, 5 e 6 L. 241/90)
Il Responsabile del Procedimento
Dott.ssa Raffaella Del Vecchio

Si attesta che il costo di € _____ imputato al conto n. _____ (denominazione del conto) del Bilancio _____ ha capienza nel budget assegnato n. _____
Si attesta che il presente atto comporta costi per l'Azienda

Il Direttore Responsabile UOC GRU f.f.
Dott.ssa Raffaella Del Vecchio

ESECUTIVITA'

ORDINARIA ☐

IMMEDIATA ☐

Dal _____

RELATA DI NOTIFICA

Si ATTESTA che la presente delibera è stata affissa in modalità telematica all'Albo Pretorio informatico dell'Ente.

Il Responsabile della Pubblicazione
Il Funzionario Ufficio Delibere

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI BENEVENTO

Il Direttore Responsabile dell'U.O.C. Gestione delle Risorse Umane alla stregua dell'istruttoria compiuta ai sensi degli art. 4, 5 e 6 della Legge 241/90, delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità amministrativo-contabile resa a mezzo della sottoscrizione della presente;

Dichiarata altresì espressamente con la sottoscrizione, nella qualità di responsabile del trattamento anche nella fase di pubblicazione, la conformità del presente atto ai principi di cui al D. Lgs 30 giugno 2003, n.196, con conseguenziale esclusiva assunzione di responsabilità;

Dichiarata, infine, la conformità del presente atto ai principi di cui alla Legge 6 novembre 2012, n.190;

**Il Direttore Responsabile UOC Gestione delle Risorse Umane f.f.
Dott.ssa Raffaella Del Vecchio**

Premesso

- che l'art.70 dell'ACN 28/04/2022, richiama il D.Lgs 22 giugno 1999 n. 230 come modificato ed integrato dal D.Lgs del 22 dicembre 2000 n. 433 che ha introdotto il riordino della medicina penitenziaria ed assegnato al Servizio Sanitario Nazionale il compito di assicurare alle persone detenute o internate livelli di prestazione di prevenzione, di diagnosi, di cura e riabilitazione analoghi a quelli garantiti ai cittadini in stato di libertà, sulla base degli obiettivi generali, di salute e dei livelli essenziali di assistenza individuati nel piano sanitario nazionale e regionale;

- che il Capo IV dell'ACN vigente regola l'attività svolta dai medici in rapporto di convenzionamento con il S.S.N. operante all'interno degli istituti penitenziari, al seguito del trasferimento delle funzioni sanitarie ai sensi dell'art. 2, comma 283, lettera a) della L. 24 dicembre 2007 n. 244 e dal D.P.C.M. 1 aprile 2008;

- che l'art 71 dell'ACN vigente prevede che l'attività assistenziale presso gli istituti penitenziari è assicurata dal servizio medico di base secondo il modello organizzativo definito dalla Regione con riferimento all'Accordo 22 gennaio 2015 della Conferenza Unificata, sul documento "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie nazionali e regionali." I suddetti modelli organizzativi tengono conto anche dei rapporti di lavoro trasferiti al Servizio Sanitario Nazionale ai sensi dell'art 2, comma 283, lettera b) della L. 24 dicembre 2007 n. 244 e dal D.P.C.M. 1 aprile 2008;

- che l'art 72 dell'ACN vigente prevede che le aziende valutano il fabbisogno di medici e individuano gli incarichi vacanti da pubblicare ai fini della successiva copertura;

- che l'art 72 comma 3 dell'ACN vigente prevede che possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti:

- i medici titolari di incarichi a tempo indeterminato di assistenza penitenziaria da almeno un anno;

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

- i medici che abbiano acquisito il titolo di formazione in medicina generale;

- i medici di cui all'art. 9, comma 1, del D.L 14 dicembre 2018 n. 135, convertito con modificazioni, dalla L. 11 febbraio 2019, n. 12, frequentanti il corso di formazione in medicina generale in Regione;

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI BENEVENTO

-
-i medici di cui all'art 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n 35, convertito con modificazioni, dalla L. 25 giugno 2019 n. 60, frequentanti il corso di formazione in medicina generale in Regione;

Vista

- la nota del 27 marzo 2024 con cui il Responsabile della Sanità Penitenziaria conferma le carenze relative all'anno 2023 e precisamente di numero tre unità di personale a 38 ore per l'Istituto Penitenziario Minorile di Airola e sette unità di personale a 38 ore presso la Casa Circondariale di Benevento;

Atteso che a seguito della verifica di cui all'art.72 dell'ACN del 28/04/2022, risultano vacanti nell'organico della ASL Benevento per gli istituti Penitenziari n.10 incarichi, come confermato dal Dirigente Responsabile della Sanità penitenziaria;

Ritenuto

-di dover pubblicare i suddetti incarichi vacanti presso gli Istituti Penitenziari individuati come da nota del Dirigente Responsabile della Sanità Penitenziaria;

Dato atto, altresì, che i medici aspiranti al conferimento degli incarichi dovranno presentare, ai sensi dell'art.72, comma 2, ACN più volte citato, **entro venti giorni** dalla pubblicazione sul BURC, domanda di assegnazione con apposizione del bollo secondo la normativa vigente, per uno o più incarichi vacanti pubblicati;

PROPONE

per i motivi di cui in narrativa, e che qui si intendono integralmente riportati

1. **Di prendere atto** che risultano vacanti nell'organico della ASL Benevento presso gli Istituti Penitenziari n.10 incarichi;
2. **Di pubblicare** sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania come previsto dall'art.72 del vigente ACN per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale 28/04/2022 gli incarichi vacanti presso gli Istituti Penitenziari: Istituto Penitenziario Minorile di Airola n. 3 unità e Casa Circondariale di Benevento n. 7 unità per un totale di n.10 carenze di medici;
3. **Di dare atto** che, ai sensi dell'art.72, comma 2, del citato ACN, i medici aspiranti al conferimento degli incarichi dovranno presentare alla Azienda Sanitaria Locale di Benevento **entro venti giorni** dalla pubblicazione sul BURC, domanda di assegnazione con apposizione del bollo secondo la normativa vigente, per uno o più incarichi vacanti pubblicati;
4. **Di trasmettere** il presente provvedimento a cura dell'Ufficio Delibere:

Al Collegio Sindacale ai sensi di legge, per quanto di competenza

Alla Direzione Generale per la Tutela della salute e il Coordinamento del S.S.R.



AZIENDA SANITARIA LOCALE DI BENEVENTO

Alla Redazione Bollettino Ufficiale della Regione Campania, Via S. Lucia 81 80132 Napoli (con allegate n.2 marche da bollo)
Alla Direzione Sanitaria aziendale
Alla UOC Controllo di Gestione

IL DIRETTORE U.O.C.
GESTIONE DELLE RISORSE UMANE f.f.
(Dott.ssa Raffaella Del Vecchio)

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Gennaro Volpe, in virtù dei poteri conferitigli con Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 325 del 21.06.2022 e D.P.G.R.C. n. 112 del 04.08.2022 e dell'atto Deliberativo n. 281/2022 col quale veniva immesso nelle funzioni con decorrenza 09.08.2022;
Visti i pareri del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario che con la sottoscrizione del presente provvedimento si intendono favorevoli:

Il Direttore Amministrativo
Dott. Carlo Esposito

Il Direttore Sanitario
Dott. Marco De Fazio

DELIBERA

Per i motivi suesposti, qui riportati e confermati, di:

Di prendere atto che risultano vacanti nell'organico della ASL Benevento per il servizio di sanità penitenziaria n.10 incarichi;

Di pubblicare sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania come previsto dall'art.72 del vigente ACN per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale 28/04/2022 gli incarichi vacanti presso gli Istituti Penitenziari: Istituto Penitenziario Minorile di Airola n. 3 unità e Casa Circondariale di Benevento n. 7 unità per un totale di n.10 carenze di medici;

Di dare atto che, ai sensi dell'art.72, comma 2, del citato ACN, i medici aspiranti al conferimento degli incarichi dovranno presentare alla Azienda Sanitaria Locale di Benevento **entro venti giorni** dalla pubblicazione sul BURC, domanda di assegnazione con apposizione del bollo secondo la normativa vigente, per uno o più incarichi vacanti pubblicati;;

Di trasmettere il presente provvedimento a cura dell'Ufficio Delibere:

Al Collegio Sindacale ai sensi di legge, per quanto competenza

Alla Direzione Generale per la Tutela della salute e il Coordinamento del S.S.R.

Alla Redazione Bollettino Ufficiale della Regione Campania, Via S. Lucia 81 80132 Napoli (con allegate n.2 marche da bollo)

Alla Direzione Sanitaria aziendale

Alla UOC Controllo di Gestione

Il Segretario Verbalizzante avrà l'obbligo di curare la trasmissione in prima persona del presente provvedimento nonché verificare l'assolvimento in materia di pubblicità e di trasparenza previsti dagli artt.26 e 27 del D.Lvo 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i.. assumendo, nel contempo, la responsabilità di verificare l'effettiva ricezione della presente da parte degli Uffici succitati.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Gennaro Volpe

Documento firmato digitalmente
Sede: Via Oderisio, 1 – 82100 Benevento



REGIONE CAMPANIA

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI BENEVENTO

Il Segretario
Dott.ssa Daniela De Luca

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PENITENZIARIA

(per trasferimento)

(ALLEGATO A)

Marca da Bollo € 16,00

AI DIRETTORE GENERALE
ASL BENEVENTO

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
Prov. _____ il _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ via _____
n. _____ CAP _____
a far data dal _____ Azienda di residenza Regione _____
dal _____ CELL. _____ PEC _____

TITOLARE DI INCARICO A TEMPO INDETERMINATO per

L'assistenza penitenziaria presso _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

72, comma 3, lettera a), del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale di assegnazione degli incarichi vacanti di Assistenza Penitenziaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. _____ del _____ e segnatamente per i seguenti incarichi:

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 Assistenza Penitenziaria presso l'Azienda di _____ della Regione _____ dal _____:
4. di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato di Assistenza Penitenziaria:

dal _____	al _____	ASL _____	Regione _____
dal _____	al _____	ASL _____	Regione _____
dal _____	al _____	ASL _____	Regione _____
dal _____	al _____	ASL _____	Regione _____

5. 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 F).
- dichiarazione attestazione di pagamento di imposta di bollo per la presentazione di istanze alle Pubbliche Amministrazioni (allegato G);
- 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 ASSISTENZA PENITENZIARIA

(per graduatoria)

(ALLEGATO B)

Marca da Bollo € 16,00

AI DIRETTORE GENERALE
ASL BENEVENTO

Il sottoscritto Dott. _____
nato _____ a _____
_____ Prov. _____

Il _____ codice fiscale _____ residente a _____
_____ prov. _____ Via _____
_____ n. _____

CAP _____ Cell. _____
PEC _____

INSERITO NELLA GRADUATORIA REGIONALE VALIDA PER L'ANNO 2023

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 72, comma 3, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale vigente, di assegnazione degli incarichi vacanti di Assistenza Penitenziaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi

N. POSTI	ISTITUTO PENITENZIARIO

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

- di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____;
- di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di _____;
- di essere iscritto nella graduatoria regionale - valevole per l'anno 2023 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 Assistenza Penitenziaria,
- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato per l'Assistenza Penitenziaria;
- di essere residente nel comune di _____ dal _____;
- di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato presso la stessa Asl nel servizio di continuità assistenziale dal _____;
- 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 dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.mi. e del Regolamento 1.1 E n. 2016/679.

Allega:

- dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato F).
- dichiarazione attestazione di pagamento di imposta di bollo per la presentazione di istanze alle Pubbliche Amministrazioni (allegato G);
- 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 ASSISTENZA PENITENZIARIA

(medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale)

(ALLEGATO C)

AI DIRETTORE GENERALE
ASL BENEVENTO

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.72, comma 3, lettera c), dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale vigente, di assegnazione degli incarichi vacanti di Assistenza Penitenziaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

N. POSTI	ISTITUTI PENITENZIARI

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 residente nel Comune di _____ prov. _____
dal _____;

5. 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 F);
- dichiarazione attestazione di pagamento di imposta di bollo per la presentazione di istanze alle Pubbliche Amministrazioni (allegato G);
- 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 ASSISTENZA PENITENZIARIA

(medici di cui all'art.9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n.135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n.12, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione)

(ALLEGATO D)

Marca da Bollo € 16,00

Al DIRETTORE GENERALE
ASL BENEVENTO

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.72, comma 3, lettera d), dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale vigente, di assegnazione degli incarichi vacanti di Assistenza Penitenziaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

N. POSTI	ISTITUTO PENITENZIARIO

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 residente nel Comune di _____ dal _____

_____prov(____)

5. 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 F).
- dichiarazione attestazione di pagamento di imposta di bollo per la presentazione di istanze alle Pubbliche Amministrazioni (allegato G);
- 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 ASSISTENZA PENITENZIARIA

(medici di cui all'art.12, comma 3 del D.L. 30 aprile 2019, n.35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n.60, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione)

(ALLEGATO E)

Marca da Bollo € 16,00

Al DIRETTORE GENERALE
ASL BENEVENTO

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.72, comma 6, lettera e), dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale vigente, di assegnazione degli incarichi vacanti di Assistenza Penitenziaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

N. POSTI	ISTITUTO PENITENZIARIO DI

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 residente nel Comune di _____prov(_____)
dal _____
5. 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 F).
- dichiarazione attestazione di pagamento di imposta di bollo per la presentazione di istanze alle Pubbliche Amministrazioni (allegato G);
- 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 F)

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott. a _____
_____ nato _____
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 di _____
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. _____
fonte: <http://burc.regione.campania.it>

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 _____

15 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 partecipante 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

ALLEGATO G

DICHIARAZIONE ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DI IMPOSTA DI BOLLO PER LA PRESTAZIONE DI ISTANZE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE trasmesse tramite posta elettronica certificata (PEC)

AI DIRETTORE GENERALE
ASL BENEVENTO

Il sottoscritto Dott. _____
codice fiscale: _____
nato a _____ (Prov. _____) il _____
residente a _____ (Prov. _____)
via _____ n. Civ. _____

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n.445, ai sensi ed agli effetti dell'art.47 del D.P.R. 28/12/2000, N.445:

DICHIARA

1. che la marca da bollo, numero identificativo _____, figurante sul frontespizio della domanda di partecipazione alla assegnazione degli incarichi vacanti, trasmessa per PEC in data _____, è conforme all'originale in proprio possesso;
2. di essere a conoscenza che potranno essere effettuati controlli sulle dichiarazioni sostitutive rese in occasione della presentazione della domanda, ai sensi del DPR 445/2000 e ss.mm.ii. e, pertanto si impegna a conservare la suddetta marca n. _____ in originale, debitamente incollata e annullata nell'apposito spazio della domanda stessa, ed a renderla disponibile ai fini dei suddetti controlli.

Luogo e data _____ Firma per esteso _____ (1)

(1) Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante.