



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
www.aslavellino.it

INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PENITENZIARIA
(Art.72 CAPO IV ACN MMG 8 aprile 2024)

In osservanza della disposizione normativa innanzi richiamata, è indetto **Avviso** per l'assegnazione degli incarichi vacanti di Assistenza Penitenziaria anno 2024, individuati in n. **19** rappresentati come da prospetto che segue:

Istituto - Tipologia Servizio Sanitario	N. incarichi vacanti	Impegno orario settimanale
Casa Circondariale di Avellino - SMMPI Servizio Medico Multiprofessionale Integrato	9	38h
Casa Circondariale di Ariano Irpino - SMMPI Servizio Medico Multiprofessionale Integrato	6	38h
Casa Circondariale di Sant'Angelo dei Lombardi - SMMPI Servizio Medico Multiprofessionale Integrato	2	38h
ICAM -SMB Servizio Medico di Base	2	38h

Medici aventi titolo a concorrere e criteri di graduazione

Ai sensi dell'art.72, co.3 ACN MMG vigente, possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti:

a) “per trasferimento”:

i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza penitenziaria da almeno un anno.

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 all'unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto, per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento.

I medici di cui innanzi possono concorrere all'assegnazione solo per trasferimento e sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato nell'assistenza penitenziaria detratti i periodi di eventuale sospensione dell'incarico.

Il medico che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza;

b) “per graduatoria”:

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

I suddetti medici sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

- punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'articolo 19;
- punti 5 a coloro che nell'ambito dell'Azienda nella quale è vacante l'incarico per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;
- punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la scadenza del termine per

la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico.

In caso di pari posizione, i medici di cui al comma 3, lettera a) e lettera b) sono graduati nell'ordine della minore età, voto di laurea ed anzianità di laurea.

- c) **I medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda concernente il presente Avviso.**

I suddetti medici sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea;

- d) **I medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale, non compresi nella lettera precedente;**

I suddetti medici sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea;

- e) **I 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;**

- f) **I 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.**

I medici di cui al comma 3, lettere e) ed f) sono graduati, nel rispetto dell'annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima), a partire dalla data di effettivo inizio dello stesso. In caso di pari anzianità, sono graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea.

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), i medici di cui alla lettera d) ed infine i medici di cui alla lettera e) ed infine i medici di cui alla lettera f). **I medici di cui alle lettere c), d), e) ed f) sono interpellati con priorità per i residenti nel territorio aziendale, in Regione e da ultimo fuori Regione.**

Modalità di presentazione della domanda di partecipazione

I medici interessati possono presentare domanda di partecipazione, con apposizione del bollo in osservanza della normativa vigente (€16,00), **entro 20 giorni dalla data di pubblicazione del presente Avviso sul BURC**, utilizzando la seguente modulistica in allegato:

- Allegato A in ipotesi di partecipazione per trasferimento ai sensi della lett.a);
- Allegato B in ipotesi di partecipazione per graduatoria ai sensi della lett. b);
- Allegato C in ipotesi di partecipazione ai sensi delle lett. c) e d);
- Allegato D in ipotesi di partecipazione ai sensi della lett. e);
- Allegato E in ipotesi di partecipazione ai sensi della lett. f);
- Allegato F (autocertificazione informativa);
- Allegato G (dichiarazione attestazione di pagamento di imposta di bollo per la presentazione di istanze alle Pubbliche Amministrazioni).

La domanda di partecipazione dovrà essere trasmessa, **a pena di esclusione**, al seguente indirizzo pec: **protocollo@pec.aslavellino.it** indicando in oggetto la dicitura **“Incarichi vacanti Assistenza Penitenziaria anno 2024”**; la stessa deve riportare in allegato **a)** copia di documento di riconoscimento in corso di validità, **b)** autocertificazione informativa, compilata in ogni sua parte come da **allegato F** e debitamente sottoscritta dal candidato **c)** modulo attestante l'assolvimento degli obblighi in materia di imposta di bollo (**allegato G**).

Pubblicazione delle graduatorie e procedure per l'assegnazione degli incarichi

L'Asl di Avellino procederà alla valutazione delle istanze pervenute sulla scorta degli ordini di priorità di cui al presente Avviso e provvederà alla convocazione, a mezzo pec, di tutti i medici aventi titolo all'assegnazione con un preavviso di giorni sette.

Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi potrà esprimere - **esclusivamente a mezzo pec** - la propria

accettazione, indicando l'ordine di priorità tra gli incarichi vacanti per i quali ha concorso. In tal caso, gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli vacanti. Il medico impossibilitato dovrà trasmettere, **entro le ore 12,00 del giorno antecedente la data indicata per la seduta di accettazione**, la propria disponibilità, allegando documento di riconoscimento in corso di validità.

La mancata presentazione presso la sede di convocazione e l'assenza/invio tardivo di comunicazione PEC entro il termine indicato sono considerate rinuncia del medico all'assegnazione degli incarichi di che trattasi.

All'atto dell'assegnazione dell'incarico, il medico deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità di cui all'art.21 ACN MMG vigente devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

L'Azienda conferisce definitivamente l'incarico a tempo indeterminato, ovvero l'incarico temporaneo ai medici di cui all'articolo 9, comma 1 D.L. 14 dicembre 2018, n.135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n.12 o a quelli di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n.35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n.60, con provvedimento del Direttore Generale che viene comunicato all'interessato mediante PEC, con l'indicazione del termine di inizio dell'attività, da cui decorrono gli effetti giuridici ed economici.

Il Direttore Generale conferisce l'incarico a tempo indeterminato ai medici di cui all'articolo 9, comma 1 D.L. 14 dicembre 2018, n.135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n.12 o a quelli di cui all'articolo 12, comma 3 del D.L. 30 aprile 2019, n.35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n.60 con decorrenza dalla data di conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale, previa acquisizione dell'autocertificazione del titolo.

Al fine di non pregiudicare la corretta partecipazione alle attività didattiche previste per il completamento del corso di formazione specifica in medicina generale, ai medici di cui all'art. 9, comma 2, D.L. 14 dicembre 2018, n.135, convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n.12 non ché dall'art.12, comma 4 del D.L. 30 aprile 2019, n.35, convertito con modificazioni dalla Legge 25 giugno 2019, n.60, si applica un limite di attività oraria pari a 24 ore settimanali per il concomitante periodo di frequenza a tempo pieno.

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. 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'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale per la procedura di attribuzione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale.

**Il Direttore f.f. UOC Cure Primarie
dott.ssa Immacolata Giusto**

**Il Direttore Generale
dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante**



Mario Nicola Vittorio Ferrante
22.07.2024 09:58:37 GMT+01:00



ASL AVELLINO
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PENITENZIARIA

(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'assistenza penitenziaria presso _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

ai sensi dell'art. 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 /USL 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).



ASL AVELLINO
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PENITENZIARIA

(per graduatoria)

(ALLEGATO B)

Al 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 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	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 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,
4. di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato per l'Assistenza Penitenziaria;
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 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 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).



ASL AVELLINO
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO

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)

Al 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.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	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 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).



ASL AVELLINO
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO

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)

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.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	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 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).



ASL AVELLINO
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO

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)

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

Marca da Bollo € 16,00

Il sottoscritto Dott. _____ natoa _____ 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	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 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. _____ 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 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. 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)**

**Al Direttore Generale ASL Avellino
via degli Imbimbo, 10-12
83100 Avellino**

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 all'assegnazione degli incarichi vacanti di E.S.T. (anno 2021), 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.