

AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA - P. IVA 03519500619 – Incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al 01/09/2025 dalla ASL CE - Regione Campania, art. 63 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 4/04/2024.

Ai sensi dell'art. 63 comma 3, dell'ACN del 04/04/2024 medicina generale, nel presente avviso sono pubblicati gli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale a seguito di ricognizione effettuata dal Dr Roberto Mannella Direttore COT 118 ASL CE, e comunicati con nota prot. n° 213640/CO118 del 12/09/2025 – Giusta Deliberazione del Direttore Generale n°267 del 29/10/2025

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

Premesso, che le attività per il medico incaricato di emergenza sanitaria sono normate dagli articoli n° 63 e n°65 del vigente ACN, 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'articolo 66 del vigente ACN per la medicina generale.

In via generale, possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti:

a) i medici titolari di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale in un'Azienda della Regione che ha pubblicato gli

incarichi vacanti 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

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

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 di cui al comma 4;

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

e) i medici di cui all'articolo 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'articolo 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

La domanda deve essere inviata esclusivamente alla Azienda Sanitaria Caserta, in relazione agli incarichi vacanti pubblicati, tramite pec: protocollo@pec.aslcaserta.it, riportando nell'oggetto la seguente dicitura **"domanda per il conferimento di incarico 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 gg. 15, al conferimento degli incarichi vacanti secondo le modalità di cui all'art. 63 del vigente ACN di Assistenza Primaria.

Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare la propria accettazione mediante pec, indicando l'ordine di priorità per l'accettazione tra gli incarichi vacanti pubblicati per i quali ha concorso. La pec deve pervenire alla ASL CE perentoriamente entro il termine delle 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. 21; in particolare relativamente al comma 1 lettere b) e f) dell'ACN del 04/04/2024, non devono: fruire del trattamento di invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15/10/1976 del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale; fruire del trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficino delle sole prestazioni della quota "A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM o che fruiscono dell'APP. 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 devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso

Ai sensi del comma 2 dell'art. 67 dell'ACN del 04/04/2024 i medici incaricati di emergenza sanitaria ai quali sia riconosciuto dalla competente commissione sanitaria dell'Azienda già individuata per il personale dipendente lo stato di inidoneità all'attività sui mezzi di soccorso, ivi compreso lo stato di gravidanza

fin dal suo inizio, sono ricollocati ed utilizzati nelle centrali operative, nei presidi fissi di emergenza e nei DEA/PS.

CARENZE MEDICI 118 ASL CASERTA AL 01/09/2025

Distretto	Postazione	Dotazione Prevista	Carenze
12	Centrale Operativa	12	6
12	AM Reggia	6	6
16	AM Suessola	6	3
15	AM Matese	6	6
15	AM Trebula	6	1
14	AM Taverna Caterna	6	2
23	AM Sinuessa	6	4
22	AM Annibale	6	3
20	AM Normanna	6	1
14	PSAUT Teano	6	1
22	PSAUT Capua	6	3
13	PSAUT San Felice	6	2
	TOTALE		38

**FACSIMILE DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI****INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE****(Per trasferimento)****(ALLEGATO A)****Marca da Bollo € 16,00****AI DIRETTORE GENERALE****ASL CE****VIA UNITA' ITALIANA, 28****81100 CASERTA****Il sottoscritto Dott, _____ nato a****Prov. _____ il _____ codice fiscale****residente a _____****prov. _____ via _____ n. _____ CAP _____ Dal****CELL. _____ PEC****FAC SIMILE DOMANDA DI TRASFERIMENTO****Secondo quanto previsto dall'art. 63 comma 6 lettera A, dell'Accordo Collettivo****Nazionale per la medicina generale del 04/04/24, 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, come da avviso):****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 _____/ESL 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 _____
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 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)**

**FACSIMILE DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI****INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE****(Per graduatoria)****(ALLEGATO B)****Marca da Bollo € 16,00****AI DIRETTORE GENERALE****ASL CE****VIA UNITA' ITALIANA, 28****81100 CASERTA****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 2025 al****posto n° _____****FAC SIMILE DOMANDA****Secondo quanto previsto dall'art. 63 comma 6 Lettara B, dell'Accordo Collettivo****Nazionale per la medicina generale del 04/04/2024, 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, da avviso):**



N. POSTI	DISTRETTO SANITARIO DI BASE N. POSTAZIONE

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 2024 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 per l'emergenza sanitaria territoriale;

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 _____;

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.m.i. e del Regolamento 1.1E n. 2016/679.

Allega:

- **Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (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)**

FACSIMILE DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI**INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE****(ALLEGATO C) I MEDICI CHE HANNO ACQUISITO IL TITOLO DI FORMAZIONE****SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE SUCCESSIVAMENTE ALLA DATA DI****SCADENZA DELLA PRESTAZIONE DELLA DOMANDA DI INCLUSIONE IN****GRADUATORIA REGIONALE****Marca da Bollo € 16,00****AI DIRETTORE GENERALE****ASL CE****VIA UNITA' ITALIANA,28****81100 CASERTA****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. 63 comma 6 Lettara C dell'Accordo Collettivo****Nazionale per la medicina generale 04.04.2024, 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, come da avviso):

N. POSTI	DISTRETTO SANITARIO DI BASE N.____POSTAZIONE_____

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 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)

**FACSIMILE DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI****INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE****(ALLEGATO D) I MEDICI IN POSSESSO DEL TITOLO DI FORMAZIONE****SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE, NON COMPRESI NELLA LETTERA****PRECDENTE****Marca da Bollo € 16,00****AI DIRETTORE GENERALE****ASL CE****VIA UNITA' ITALIANA,28****81100 CASERTA****Il sottoscritto Dott, _____ nato a****Prov. _____ il _____ codice fiscale****residente a _____****prov. _____ via _____ n. _____ CAP _____ Dal****CELL. _____ PEC****FAC SIMILE DOMANDA****Secondo quanto previsto dall'art. 63 comma 6 Lettara D dell'Accordo Collettivo****Nazionale per la medicina generale 04.04.2024, 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):**

fonte: <http://burc.regione.campania.it>

**Allega:**

- **Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (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)

**FACSIMILE DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI****INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**

(medico frequentante il corso di formazione specifica in medicina generale)

(ALLEGATO E)

Marca da Bollo € 16,00

AI DIRETTORE GENERALE

ASL CE

VIA UNITA' ITALIANA, 28

81100 CASERTA

Il sottoscritto Dott, _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ codice fiscale _____

_____ residente a _____

prov. _____ via _____ n. _____ CAP _____ Dal _____

_____ CELL. _____ PEC _____

FAC SIMILE DOMANDA

Secondo quanto previsto all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n.

135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 per

l'assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale della

Regione Campania qualora, espletate tutte le procedure di assegnazione

previste dall'art. 63 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 _____ / _____ 2024, e

segnatamente per i seguenti incarichi (indicare separatamente e con precisione

gli incarichi per cui si concorre, come da avviso):

N. POSTI	DISTRETTO SANITARIO DI BASE N. POSTAZIONE

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 nel 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 s s.m.i. e del regolamento 1.1.E n. 2016/679.**

DICHIARA INOLTRE

**a) di essere a conoscenza che verrà eventualmente interpellato qualora,
espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 63del vigente
ACN 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 (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)**

FACSIMILE DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI**INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**

(medico in possesso dell'attestato d'idoneità all'esercizio dell'emergenza

sanitaria territoriale senza il possesso del diploma attestante la formazione

specificata in medicina generale)

(ALLEGATO F)

Marca da Bollo € 16,00

AI DIRETTORE GENERALE

ASL CE

VIA UNITA' ITALIANA, 28

81100 CASERTA

Il sottoscritto Dott, _____ nato a

Prov. _____ il _____

codice fiscale _____ residente a

prov. _____ via

n. _____ CAP _____ Dal _____ CELL.

PEC _____

FAC SIMILE DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35

convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, per

l'assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale della

Regione Campania pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania n.

del _____ / _____, qualora, espletate tutte le procedure di assegnazione previste

dall'art. 63 del vigente ACN, uno o più incarichi di emergenza sanitaria



territoriale rimangano vacanti;

N. POSTI	DISTRETTO SANITARIO DI BASE N. POSTAZIONE

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 maturato un'anzianità lavorativa di almeno trentasei mesi, anche non continuativi, effettuati negli ultimi dieci anni, nei servizi di emergenza-urgenza 118 con incarico convenzionale a tempo determinato

dal al ASL Regione

dal al ASL Regione

dal al ASL Regione

dal al ASL Regione

7. Di essere residente nel Comune di _____ prov. (_____) dal _____

8. Di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del

D.Lgs. 196/2003 s s.m.i. e del regolamento 1.1.E n. 2016/679.

DICHIARA INOLTRE

di essere a conoscenza che verrà eventualmente interpellato qualora, espletate

tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 63 del vigente ACN uno o

più incarichi di emergenza sanitaria territoriale rimarranno vacanti;

Allega:

- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (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 G)

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il/la sottoscritto/a dr. _____ nato/a a

_____ il ____ / ____ / ____ residente in

_____ via _____ n° _____

tel. _____ laureato/a _____ in _____ data _____

_____ iscritto all'Albo dei _____

_____ della Provincia di _____ ,codice _____

ENPAM _____ , codice fiscale _____ ai _____

sensi ed agli effetti dell'art. 4, legge 4 gennaio 1968, n°15, dichiara formalmente

di

1) 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 _____

_____/_____/_____

_____2) essere - non essere (1) titolare di incarico come medico di **assistenza primaria**

ai sensi del relativo ACN con massimale di n° _____ scelte e con n° _____

scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del

mese _____ di _____

Azienda _____

3) essere - non essere (1) titolare di incarico come medico **pediatra di libera scelta** ai sensi del

ai sensi del relativo ACN con massimale di n° _____ scelte .Periodo dal

4) essere - non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come **specialista ambulatoriale convenzionato interno:** (2)

Azienda _____ branca _____ ore
sett. _____

Azienda _____ branca _____ ore
sett. _____

5) essere - non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici **specialisti convenzionati esterni:** (2) Provincia _____ branca _____

Periodo: _____ dal _____
_____/_____/_____

6) avere - non avere (1) un **apposito rapporto** instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, Decreto Legislativo n°502/92:

Azienda _____
Via _____

	Tipo di attività	Periodo
	dal / /	
	7) 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.li in forma attiva - in forma di disponibilità (1)	
	8) essere - non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg. vo n°257/91, e corrispondenti norme di cui al Decreto Leg. vo °368/99:	
	Denominazione del corso	
	Soggetto pubblico che lo svolge Anno di iscrizione I II III	
	9) 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 D.l n°502/92 e successive modificazioni (2)	
	Organismo ore	
	sett.li	
	via comune di	
	tipo di attività	
	tipo di rapporto di lavoro	
	Pagina 25 di 30	
	fonte: http://burc.regione.campania.it	

periodo dal ____ / ____ / ____

10) 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 della L.833/78:(2)

Organismo _____ ore

sett.li _____

via _____ comune _____ di _____

tipo _____ di _____ attività _____

tipo _____ di _____ rapporto _____ di _____ lavoro _____

periodo _____ dal ____ / ____ / ____

11) svolgere-non svolgere (1) funzioni di **medico di fabbrica** (2) o di medico
competente ai sensi della L. 626\93:

Azienda _____ ore _____ sett.li _____

via _____

_____ comune _____ di _____

_____ periodo:

dal ____ / ____ / ____

12) 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 ____ / ____ / ____

13) 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 ____ / ____ / ____

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

15)

15) fruire-non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14/10/76 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale :

periodo

dal ____ / ____ / ____

16) svolgere-non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o

privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività

non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive:nessuna):

Periodo dal

17) essere-non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo

indeterminato(1) (2):

Azienda _____ Comune _____ ore _____

sett.li _____

Tipo di attività:

periodo:

dal

_____/_____/_____

al _____

18) operare-non operare (1) a **qualsiasi titolo** per conto di **qualsiasi altro****soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina****generale comunque prestata** (non considerare quanto eventualmente da dichiarare

relativamente al rapporto di dipendenza ai n°1,2 e 3 o ai rapporti di lavoro

convenzionato ai n°4,5,6, e 7): soggetto

pubblico _____

via _____

comune _____

di _____

_____ tipo _____

di _____

attività _____

_____ tipo _____

di _____

rapporto _____

di _____

lavoro: _____

periodo:

dal _____ \ _____ \ _____

19) essere-non essere titolare (1) di **trattamento di pensione** a : (2)

periodo:

dal _____

_____ \ _____ \ _____

20) fruire-non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi

pensionistici differenti da quelli di cui al 15: (2)

soggetto erogante il trattamento pensionistico

Pensionato

dal ____ / ____ / ____

21) frequentare – non frequentare scuole di specializzazione o corso di Medicina

Generale

In caso di esito affermativo specificare sede e tipologia di
specializzazione

Il/La sottoscritto/a in attuazione delle disposizioni previste all'art. 53 comma 16 ter del
d.lgs. 165/2001, introdotto dalla Legge n. 190/2012 (attività successiva alla cessazione
del rapporto di lavoro cd. pantouflage)

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, di essere a conoscenza

1. del divieto di cui all'art. 53, comma 16-ter del d.lgs. 165/2001 e si impegna fin d'ora,
a non accettare incarichi lavorativi o professionali presso i soggetti privati destinatari
dell'attività della ASL di Caserta, nei confronti dei quali ha esercitato le proprie funzioni,
per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro;

2. che l'art. 53, comma 16-ter, d.lgs. n. 165/2001 si applica anche ai soggetti esterni
ai quali ASL di Caserta attribuisca incarichi amministrativi di vertice e incarichi
dirigenziali esterni, stipulando a tal fine rapporti di lavoro (art. 21 d.lgs. n. 39/2013).

3. che il divieto opera a far data dalla cessazione dell'incarico presso ASL di Caserta

4. che l'Amministrazione si riserva la facoltà di verificare la veridicità delle informazioni
contenute nella presente dichiarazione e contestualmente informa che, la violazione
del divieto di cui all'art. 53, comma 16 ter del d.lgs. n. 165/2001, comunque accertato,
comporterà:

- la nullità del contratto concluso o dell'incarico conferito;
- l'esclusione dalle procedure di affidamento o la decadenza dal vantaggio economico;
- il divieto di contrattare con le pubbliche amministrazioni per tre anni;
- l'obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati in esecuzione dell'affidamento illegittimo.

NOTE:

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

Si allega copia firmata del documento di identità in corso di validità

In fede

Data ____ / ____ / ____

Firma _____

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE"