



AVVISO PUBBLICAZIONE INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

Incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale individuati, alla data del 1 marzo 2019, dalla ASL Napoli 2 Nord, Regione Campania, ex art. 92 come modificato dall'art. 7 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 21/06/2018 e art. 9 DL n. 135/2018 convertito in Legge n° 12/2019.

Art. 1 – Incarichi vacanti di EST

Nella ASL Napoli 2 Nord, è indetto avviso pubblico per l'attribuzione di n° 74 incarichi a tempo indeterminato nel Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale ai sensi dell'art. 92 dell'ACN vigente per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'art. 8 del DLgs n. 502 del 1992 e smi;

Le carenze da assegnare sono distribuite come di seguito riportate:

| | |
|--------------------------|-------------|
| DS 46 Acerra | N° 4 unità |
| DS 47 Casalnuovo | N° 3 unità |
| DS 44 Afragola | N° 6 unità |
| DS 42 Arzano | N° 6 unità |
| DS 43 Casoria | N° 4 unità |
| DS 41 Fratta Auto medica | N° 4 unità |
| DS 37 Giugliano | N° 5 unità |
| DS 38 Marano | N° 1 unità |
| DS 37 Ischia Lacco Ameno | N° 2 unità |
| DS 35 Pozzuoli | N° 2 unità |
| DS 37 Varcaturò | N° 6 unità |
| DS 36 Procida | N° 5 unità |
| Mezzi Avanzati | N° 27 unità |

Art. 2 - Domanda e termine di presentazione

I Medici interessati possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti, presentando le domande secondo i fac-simile allegati (A, B, C o D) corrispondenti allo specifico caso così come indicato nel successivo art. 3, entro 20 giorni dalla data di pubblicazione del presente Bando sul Bollettino Ufficiale

Regione Campania – Azienda Sanitaria Locale “NAPOLI 2 Nord”
costituita ex art. 2 comma 1 lettera a) della L.R. n° 16 del 28/11/2008
Sede: Via M. Lupoli 27 – 80027 Frattamaggiore (Na)
P. Iva 06321661214 – C.F. 96024110635



della Regione Campania, e compilando altresì l'allegato E.

La domanda di partecipazione dovrà essere inoltrata, entro i termini, esclusivamente al seguente indirizzo di posta elettronica: cureprimarie@pec.aslnapoli2nord.it; dovrà riportare nell'oggetto: "Domanda per conferimento incarichi di Emergenza Sanitaria territoriale".

Non saranno prese in considerazione domande prodotte con altra modalità.

Ciascun candidato può partecipare all'assegnazione di uno o più incarichi vacanti.

Le domande dovranno essere corredate del bollo dovuto secondo la normativa vigente.

Art. 3 – Requisiti per il conferimento degli incarichi

Requisito specifico richiesto per concorrere al conferimento degli incarichi vacanti è il possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione previsto ai sensi dell'art. 66 del DPR 270/2000 e dall'art. 96 dell'ACN vigente.

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. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili (n° 25);

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

i medici del presente comma 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.

in caso di pari posizione, i medici sono graduati nell'ordine di minore età, voto di laurea ed anzianità di laurea.

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

l) medici già incaricati a tempo indeterminato presso la ASL Napoli 2 Nord nel servizio di continuità assistenziale;

Regione Campania – Azienda Sanitaria Locale "NAPOLI 2 Nord"
costituita ex art. 2 comma 1 lettera a) della L.R. n° 16 del 28/11/2008
Sede: Via M. Lupoli 27 – 80027 Frattamaggiore (Na)
P. Iva 06321661214 – C.F. 96024110635



II) medici incaricati a tempo indeterminato di continuità assistenziale nell'ambito della stessa Regione, con priorità per quelli residenti nell'ambito dell'ASL Napoli 2 Nord da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell'incarico vacante;

III) medici inseriti nella graduatoria regionale, con priorità per quelli residenti nell'ambito dell'ASL Napoli 2 Nord da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell'incarico vacante;

i medici del presente comma sono graduati secondo il punteggio riportato nella graduatoria regionale.

- 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 valida per l'anno in corso, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda;

i medici di cui al presente comma 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 laureati in Medicina e Chirurgia abilitati all'esercizio professionale iscritti al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale della Regione Campania (ai sensi del comma 1 art. 9 del Decreto Legge n. 135/2018 convertito in Legge n. 12 del 11 febbraio 2019);

i medici del presente comma sono interpellati nel seguente ordine:

- medici frequentanti la terza annualità del corso
- medici frequentanti la seconda annualità del corso
- medici frequentanti la prima annualità del corso;

in caso di pari annualità di frequenza i medici sono ordinati in base ai seguenti criteri:

- minore età al conseguimento della laurea
- voto di laurea
- anzianità di laurea

con priorità di interpellato per i medici residenti alla data di pubblicazione delle carenze nel territorio della ASL Napoli 2 Nord

Art. 4 – Graduatoria

Regione Campania – Azienda Sanitaria Locale “NAPOLI 2 Nord”
costituita ex art. 2 comma 1 lettera a) della L.R. n° 16 del 28/11/2008
Sede: Via M. Lupoli 27 – 80027 Frattamaggiore (Na)
P. Iva 06321661214 – C.F. 96024110635



La graduatoria sarà formulata sulla base delle relative posizioni dei concorrenti apponendo a fianco del nominativo di ciascun medico lo o gli incarichi vacanti per i quali egli abbia inoltrato domanda di assegnazione.

La graduatoria sarà resa pubblica mediante affissione all'albo aziendale

Art. 5 – Assegnazione degli incarichi

La ASL Napoli 2 Nord provvederà ad assegnare gli incarichi previa convocazione, con almeno 15 (quindici) giorni di preavviso, degli aventi diritto tramite mail-pec all'indirizzo indicato dagli aspiranti agli incarichi vacanti.

Saranno interpellati in ordine i medici del comma a art. 3 del presente bando, poi i medici del comma b, poi quelli del comma c ed infine quelli del comma d; con priorità di interpello per i residenti nel territorio aziendale, in Regione e da ultimo fuori Regione.

La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico. Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare, mediante telegramma o PEC, la propria disponibilità all'accettazione, con l'indicazione dell'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 Telegramma o la PEC devono pervenire perentoriamente entro le ore 12:00 del giorno precedente la data fissata per l'assegnazione degli incarichi.

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.

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'articolo 17 dell'ACN 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, con provvedimento del Direttore Generale che viene comunicato all'interessato mediante raccomandata con avviso di ricevimento, con l'indicazione del termine di inizio dell'attività, da cui decorrono gli effetti giuridici ed economici.

Il Direttore UOC Cure Primarie
Dott. Antonio Cajafa

Regione Campania – Azienda Sanitaria Locale “NAPOLI 2 Nord”
costituita ex art. 2 comma 1 lettera a) della L.R. n° 16 del 28/11/2008
Sede: Via M. Lupoli 27 – 80027 Frattamaggiore (Na)
P. Iva 06321661214 – C.F. 96024110635



Il Direttore Generale
Dott. Antonio d'Amore

Regione Campania – Azienda Sanitaria Locale “NAPOLI 2 Nord”
costituita ex art. 2 comma 1 lettera a) della L.R. n° 16 del 28/11/2008
Sede: Via M. Lupoli 27 – 80027 Frattamaggiore (Na)
P. Iva 06321661214 – C.F. 96024110635

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

(Per trasferimento)

(ALLEGATO A)

AI DIRETTORE GENERALE
ASL NAPOLI 2 NORD
Via Lupoli 27 , Frattamaggiore (NA)**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 _____ CELL.

_____ PEC _____

TITOLARE DI INCARICO A TEMPO INDETERMINATO PER L'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

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

| N. POSTI | DISTRETTO SANITARIO DI BASE N. |
|-----------------|---------------------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Regione Campania – Azienda Sanitaria Locale “NAPOLI 2 Nord”
costituita ex art. 2 comma 1 lettera a) della L.R. n° 16 del 28/11/2008
Sede: Via M. Lupoli 27 – 80027 Frattamaggiore (Na)
P. Iva 06321661214 – C.F. 96024110635



| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |

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 non essere titolare di incarico a tempo indeterminato per l'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 |
| Dal | al | ASL | Regione |

5. Di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale;
6. Di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento 1.1E n. 2016/679.

Allega:

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

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

Pec. _____

Regione Campania – Azienda Sanitaria Locale “NAPOLI 2 Nord”
costituita ex art. 2 comma 1 lettera a) della L.R. n° 16 del 28/11/2008
Sede: Via M. Lupoli 27 – 80027 Frattamaggiore (Na)
P. Iva 06321661214 – C.F. 96024110635

**Data e firma per esteso**

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art. 38 del DPR 445/00)

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

(ALLEGATO B)

Marca da Bollo € 16,00

AI DIRETTORE GENERALE
ASL NAPOLI 2 NORD
Via Lupoli 27, Frattamaggiore (NA)

Il sottoscritto Dott, _____ nato a _____

Prov. ____ il _____ codice fiscale _____ residente a
_____ prov. ____ via _____ n. ____ CAP ____

Dal _____ CELL. _____ PEC _____

INSERITO NELLA GRADUATORIA REGIONALE VALIDA PER L'ANNO 2019 al posto n° _____

FA DOMANDA

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

| N. POSTI | DISTRETTO SANITARIO DI BASE N. |
|----------|--------------------------------|
|----------|--------------------------------|

Regione Campania – Azienda Sanitaria Locale “NAPOLI 2 Nord”
costituita ex art. 2 comma 1 lettera a) della L.R. n° 16 del 28/11/2008
Sede: Via M. Lupoli 27 – 80027 Frattamaggiore (Na)
P. Iva 06321661214 – C.F. 96024110635



| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

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

7. Di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____;
8. Di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di _____;
9. Di essere iscritto nella graduatoria regionale – valevole per l'anno 2019 con punti _____, e che alla data di scadenza della presentazione della domanda di inserimento / integrazione titoli nella graduatoria non era titolare di incarico a tempo indeterminato per l'emergenza sanitaria territoriale;
10. Di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato per l'emergenza sanitaria territoriale;
11. Di essere residente nel Comune di _____ dal _____;
12. Di essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato presso la stessa ASL nel servizio di continuità assistenziale dal _____;
13. Di essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato nell'ambito della Regione Campania nel servizio di continuità assistenziale ASL dal _____ al _____;
14. Di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale;
15. Di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento 1.1E n. 2016/679.

Allega:

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

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

Regione Campania – Azienda Sanitaria Locale “NAPOLI 2 Nord”
costituita ex art. 2 comma 1 lettera a) della L.R. n° 16 del 28/11/2008
Sede: Via M. Lupoli 27 – 80027 Frattamaggiore (Na)
P. Iva 06321661214 – C.F. 96024110635



Pec. _____

Data e 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)

Regione Campania – Azienda Sanitaria Locale “NAPOLI 2 Nord”
costituita ex art. 2 comma 1 lettera a) della L.R. n° 16 del 28/11/2008
Sede: Via M. Lupoli 27 – 80027 Frattamaggiore (Na)
P. Iva 06321661214 – C.F. 96024110635

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

(art. 92, comma 6, lettera c vigente ACN)

(ALLEGATO C)

Marca da Bollo € 16,00AI DIRETTORE GENERALE
ASL NAPOLI 2 NORD
Via Lupoli 27 , Frattamaggiore (NA)

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

Prov. ____ il _____ codice fiscale _____ residente a

_____ prov. ____ via _____ n. ____ CAP ____

Dal _____ CELL. _____ PEC _____

FA DOMANDA

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

| N. POSTI | DISTRETTO SANITARIO DI BASE N. |
|-----------------|---------------------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

Regione Campania – Azienda Sanitaria Locale “NAPOLI 2 Nord”
costituita ex art. 2 comma 1 lettera a) della L.R. n° 16 del 28/11/2008
Sede: Via M. Lupoli 27 – 80027 Frattamaggiore (Na)
P. Iva 06321661214 – C.F. 96024110635



| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |

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

16. Di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____;
17. Di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di _____;
18. Di aver acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale presso la Regione _____ in data _____;
19. Di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale;
20. Di essere residente nel Comune di _____ prov. _____ dal _____;
21. Di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento 1.1E n. 2016/679.

Allega:

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

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

Pec. _____

Data e 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)

Regione Campania – Azienda Sanitaria Locale “NAPOLI 2 Nord”
costituita ex art. 2 comma 1 lettera a) della L.R. n° 16 del 28/11/2008
Sede: Via M. Lupoli 27 – 80027 Frattamaggiore (Na)
P. Iva 06321661214 – C.F. 96024110635



Regione Campania – Azienda Sanitaria Locale “NAPOLI 2 Nord”
costituita ex art. 2 comma 1 lettera a) della L.R. n° 16 del 28/11/2008
Sede: Via M. Lupoli 27 – 80027 Frattamaggiore (Na)
P. Iva 06321661214 – C.F. 96024110635



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

(ALLEGATO D)

AI DIRETTORE GENERALE
ASL NAPOLI 2 NORD
Via Lupoli 27, Frattamaggiore (NA)

Marca da Bollo € 16,00

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

Prov. ____ il _____ codice fiscale _____ residente a

_____ prov. ____ via _____ n. ____ CAP ____

Dal _____ CELL. _____ PEC _____

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

per gli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. del / / 2019, e segnatamente per i seguenti incarichi (indicare separatamente e con precisione gli incarichi per cui si concorre, specificando la postazione fissa o itinerante come da avviso):

| N. POSTI | DISTRETTO SANITARIO DI BASE N. |
|-----------------|---------------------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Regione Campania – Azienda Sanitaria Locale “NAPOLI 2 Nord”
costituita ex art. 2 comma 1 lettera a) della L.R. n° 16 del 28/11/2008
Sede: Via M. Lupoli 27 – 80027 Frattamaggiore (Na)
P. Iva 06321661214 – C.F. 96024110635



| | |
|--|--|
| | |
| | |

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

22. Di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____;
23. Di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di _____;
24. 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;
25. Di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale;
26. Di essere residente nel Comune di _____ Prov. _____ dal _____;
27. Di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento 1.1E n. 2016/679.

DICHIARA INOLTRE

- a) Di essere a conoscenza che verrà eventualmente interpellato qualora, espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 92 del vigente ACN uno o più incarichi di emergenza sanitaria territoriale rimarranno vacanti
- 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 E)
- Copia fotostatica di un documento d'identità (art. 38 del DPR 445/00)

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

Pec. _____

Data e firma per esteso

Regione Campania – Azienda Sanitaria Locale “NAPOLI 2 Nord”
costituita ex art. 2 comma 1 lettera a) della L.R. n° 16 del 28/11/2008
Sede: Via M. Lupoli 27 – 80027 Frattamaggiore (Na)
P. Iva 06321661214 – C.F. 96024110635



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)

Regione Campania – Azienda Sanitaria Locale “NAPOLI 2 Nord”
costituita ex art. 2 comma 1 lettera a) della L.R. n° 16 del 28/11/2008
Sede: Via M. Lupoli 27 – 80027 Frattamaggiore (Na)
P. Iva 06321661214 – C.F. 96024110635



(ALLEGATO E)

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ prov.
_____ il _____ codice fiscale _____
residente in _____ prov. _____ via
_____ n. _____ cap _____ iscritto all'Ordine dei Medici
della Provincia di _____ dal _____ n. _____ 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 Ministero 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'EMPAM;
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 _____ al _____
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 (1) 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)
Prov. _____ branca _____ periodo dal _____

Regione Campania – Azienda Sanitaria Locale "NAPOLI 2 Nord"
costituita ex art. 2 comma 1 lettera a) della L.R. n° 16 del 28/11/2008
Sede: Via M. Lupoli 27 – 80027 Frattamaggiore (Na)
P. Iva 06321661214 – C.F. 96024110635



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 _____ al _____
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 altre Regione (2): Regione _____ Azienda _____
_____ ore settimanali _____ in forma attiva - in forma di
disonibilità (1)
11. Essere/non essere (1) iscritto al Corso di Formazione in Medicina Generale di cui al Decreto Legislativo n. 256/1991 o al Corso di Specializzazione di cui al Decreto Legislativo 257/1991, e corrispondenti norme di cui al Decreto Legislativo n. 368/1999 e successive modifiche ed integrazioni.
Denominazione corso _____
Soggetto Pubblico che lo svolge _____
Inizio dal _____
12. Operare/non operare (1) a qualsiasi titolo 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. 833/1978: (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 Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81
Azienda _____ ore settimanali _____
Via _____ Comune di _____
Periodo dal _____

Regione Campania – Azienda Sanitaria Locale “NAPOLI 2 Nord”
costituita ex art. 2 comma 1 lettera a) della L.R. n° 16 del 28/11/2008
Sede: Via M. Lupoli 27 – 80027 Frattamaggiore (Na)
P. Iva 06321661214 – C.F. 96024110635



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 qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2)

Azienda _____
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 indeterminato o a tempo determinato: (2)

Azienda _____ ore settimanali _____
Comune di _____ 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 convenzionati ai nn. 5, 6, 7, 10):

Soggetto pubblico _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo dal _____ al _____

NOTE:

Regione Campania – Azienda Sanitaria Locale “NAPOLI 2 Nord”
costituita ex art. 2 comma 1 lettera a) della L.R. n° 16 del 28/11/2008
Sede: Via M. Lupoli 27 – 80027 Frattamaggiore (Na)
P. Iva 06321661214 – C.F. 96024110635



DICHIARO CHE LE NOTIZIE SOPRA RIPORTATE CORRISPONDONO AL VERO

Dichiaro, inoltre, di essere informato, a sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Decreto Legislativo 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 le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare la sezione NOTE

Regione Campania – Azienda Sanitaria Locale “NAPOLI 2 Nord”
costituita ex art. 2 comma 1 lettera a) della L.R. n° 16 del 28/11/2008
Sede: Via M. Lupoli 27 – 80027 Frattamaggiore (Na)
P. Iva 06321661214 – C.F. 96024110635