

“Avviso incarichi di Emergenza Sanitaria Territoriale con annessi modelli di domanda A, B, C, D, con allegato E”

Incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati dal 1° marzo 2019 dall’Asl Napoli 1 Centro – Regione Campania, ex art. 92 come modificato dall’art. 7 dell’A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 21.06.2018 e art. 9 D.L. n. 135/2018, convertito in L. n. 12/2019.

Ai sensi dell’art. 92, comma 3, del vigente ACN, nel presente Avviso sono pubblicati gli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al 1° marzo 2019 dall’Asl Napoli 1 Centro – Regione Campania

La presente procedura è disciplinata dall’art. 92 dell’ACN Medicina Generale vigente e dalle disposizioni integrative che seguono.

Entro 20 giorni dalla data di pubblicazione dell’Avviso del Bollettino Ufficiale della Regione i medici interessati possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti presentando, esclusivamente **tramite pec** all’indirizzo: selezioni@pec.aslna1centro.it, la domanda di partecipazione secondo uno dei fac-simile allegati (A-B-C-D), compilando **altresì** l’allegato E e allegando copia del proprio documento di identità o riconoscimento.

Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti pubblicati i medici in possesso dell’attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza dell’apposito corso di formazione previsto ai sensi dell’art. 96 dell’A.C.N.

Ciò premesso in via generale, possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti:

- a) per trasferimento: i medici titolari di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale in un’Azienda della Regione Campania o di un’altra Azienda di altra Regione, a condizione che risultino titolari rispettivamente da almeno un anno e da almeno due anni dell’incarico dal quale provengono. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionari ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento;
I medici sono graduati in base all’anzianità di incarico a tempo indeterminato nell’emergenza sanitaria territoriale, detratti i periodi di eventuale sospensione dall’incarico di cui all’articolo 18, comma 1, ACN. In caso di pari posizione sono graduati nell’ordine di minore età, voto di laurea ed anzianità di laurea.

Il medico che accetta per trasferimento decade dall’incarico di provenienza. La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell’incarico di provenienza.

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

- b) per graduatoria: i medici inclusi nella graduatoria regionale – valevole per l’anno 2019 e che siano in possesso dei requisiti necessari per le attività di emergenza sanitaria territoriale, con priorità per:

continuità assistenziale, di cui al Capo III;

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

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

I medici sono graduati secondo il punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'art. 15 ACN Medicina Generale.

Il medico che accetta l'incarico di emergenza sanitaria territoriale non può concorrere all'assegnazione di ulteriori incarichi in base alla graduatoria regionale valida per l'anno 2019.

- c) I medici che abbiano acquisito il Diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda.

Tali medici concorrono successivamente ai trasferimenti ed ai medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno 2019 e sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea, con priorità di interpello per i residenti nel territorio aziendale, in Regione e da ultimo fuori Regione.

Ai sensi dell'art. 92, comma 13: "L'Azienda interpella prioritariamente i medici di cui alla lettera a) successivamente i medici di cui alla lettera b) ed infine i medici di cui alla lettera c) con priorità di interpello per i residenti nel territorio aziendale, in Regione e da ultimo fuori regione."

Ai sensi dell'articolo 9, comma 1, del Decreto Legge n. 135/2018, convertito dalla Legge n. 12 del 11/02/2019, i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale, iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Campania, possono partecipare all'assegnazione degli incarichi convenzionali. L'assegnazione degli incarichi è in ogni caso subordinata rispetto ai medici in possesso del relativo diploma e agli altri medici aventi, a qualsiasi titolo, diritto all'inserimento nella graduatoria regionale.

Pertanto, qualora espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 92 del vigente ACN, uno o più incarichi di emergenza sanitaria territoriale rimarranno vacanti si procederà all'interpello dei medici laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Campania.

Tali medici sono interpellati nel seguente ordine:

- 1) medici frequentanti la terza annualità del corso;
- 2) medici frequentante la seconda annualità del corso;
- 3) medici frequentanti la prima annualità del corso;

in attuazione dell'art. 92, a parità di annualità di frequenza i medici sono ordinati in base ai seguenti criteri:

- 1) minore età al conseguimento del diploma di laurea;
- 2) voto di laurea;
- 3) anzianità di laurea;

con priorità di interpello per i medici residenti – alla data di pubblicazione delle carenze – nel territorio aziendale.

La domanda, deve essere inviata esclusivamente alla Azienda Sanitaria Locale Asl Napoli 1 Centro, in relazione agli incarichi vacanti pubblicati, tramite la pec sopra citata, **riportando nell'oggetto la dicitura "domanda per conferimento incarichi 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 quindici giorni, al conferimento degli incarichi vacanti secondo le modalità di cui all'art. 92 del vigente ACN.

Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare la propria accettazione mediante telegramma, indicando l'ordine di priorità per l'accettazione tra gli incarichi vacanti pubblicati per i quali ha concorso. Il telegramma deve pervenire all'ASL Napoli 1 – UOC GRU- via Comunale del Principe 13, 80145 Napoli, perentoriamente entro le ore 12:00 del giorno precedente la data fissata per la riunione di assegnazione degli incarichi.

ATTENZIONE: I medici che aspirano al conferimento degli incarichi non devono trovarsi nelle condizioni di cui all'art. 17, comma 2, lettere b) e f) dell'Accordo Collettivo Nazionale del 23.03.2005, così come modificato dall'Accordo del 21.06.2018 (cfr. art. 8 commi 1 e 2), ovvero non devono: fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 1510.1976 del Ministero del lavoro e della previdenza sociale; fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni della "quota A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM".

Ai sensi del D. LGS. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679, in relazione ai dati personali richiesti, si precisa che tali dati verranno trattati esclusivamente per le finalità e gli adempimenti istituzionali previsti dall'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale per la procedura di attribuzione degli incarichi vacanti d'emergenza sanitaria territoriale

Servizio di Emergenza Territoriale incarichi zone carenti

Postazione P.S./118	n. posti in organico	n. posti vacanti
Saut Loreto Crispi	5	2
PSAUT Capri	6	1
SAUT S.Paolo	14	2
SAUT Pianura/Bagnoli	12	5
SAUT Scampia	6	2
PSAUT Loreto Mare	15	7
SAUT S.Gennaro/Vomero/Pietravalle	21	7
PSAUT S.Giovanni Bosco	14	6
SAUT P.zza Municipio	6	6
SAUT Ferrovia	6	6
SAUT Ponticelli	6	1
Presidi Giudiziari	4	1
SAUT Pellegrini	14	2

IL DIRETTORE GENERALE
(f.to) DOTT. ING. CIRO VERDOLIVA

n. 53 del 9 Settembre 2019
MANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA A PARTE III  Avvisi e Bandi di Gara
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(per trasferimento)

(ALLEGATO A)

AL DIRETTORE GENERALE
ASL NAPOLI 1 CENTRO
VIA COMUNALE DEL PRINCIPE 13/A
80145 NAPOLI

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'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):

Postazione P.S./118	n. posti in organico	n. posti vacanti	Postazione prescelta (indicare con una X)
Saut Loreto Crispi	5	2	
PSAUT Capri	6	1	
SAUT S.Paolo	14	2	
SAUT Pianura/Bagnoli	12	5	
SAUT Scampia	6	2	
PSAUT Loreto Mare	15	7	
SAUT S.Gennaro/Vomero/Pietravallo	21	7	
PSAUT S.Giovanni Bosco	14	6	
SAUT P.zza Municipio	6	6	
SAUT Ferrovia	6	6	

	6	1	
Presidi Giudiziari	4	1	
SAUT Pellegrini	14	2	

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76, DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000

DICHIARA

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____;
2. di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____;
3. di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale presso l'Azienda/ USL di _____ della Regione _____ dal ____/____/____;
4. di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale:

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

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

Allega:

- dichiarazione sostitutiva di atto notorio (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

firma per esteso

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

DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(per graduatoria)

(ALLEGATO B)

AL DIRETTORE GENERALE
ASL NAPOLI 1 CENTRO
VIA COMUNALE DEL PRINCIPE 13/A
80145 NAPOLI

Marca da Bollo €16,00

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 2019

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):

Postazione P.S./118	n. posti in organico	n. posti vacanti	Postazione prescelta (indicare con una X)
Saut Loreto Crispi	5	2	
PSAUT Capri	6	1	
SAUT S.Paolo	14	2	
SAUT Pianura/Bagnoli	12	5	
SAUT Scampia	6	2	
PSAUT Loreto Mare	15	7	
SAUT S.Gennaro/Vomero/Pietravallo	21	7	
PSAUT S.Giovanni Bosco	14	6	
SAUT P.zza Municipio	6	6	
SAUT Ferrovia	6	6	
SAUT Ponticelli	6	1	
Presidi Giudiziari	4	1	
SAUT Pellegrini	14	2	

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76, DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000

DICHIARA

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____;
2. di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____;
3. di essere iscritto nella graduatoria regionale – valevole per l'anno 2019 con punti _____, e che alla data di scadenza della presentazione della domanda di inserimento /integrazione titoli nella graduatoria non era titolare di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria;
4. di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato per l'emergenza 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 UE 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

firma per esteso

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

DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(art. 92, comma 6, lettera c, vigente ACN)

(ALLEGATO C)

AL DIRETTORE GENERALE
ASL NAPOLI 1 CENTRO
VIA COMUNALE DEL PRINCIPE 13/A
80145 NAPOLI

Marca da Bollo €16,00

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 2019

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):

Postazione P.S./118	n. posti in organico	n. posti vacanti	Postazione prescelta (indicare con una X)
Saut Loreto Crispi	5	2	
PSAUT Capri	6	1	
SAUT S.Paolo	14	2	
SAUT Pianura/Bagnoli	12	5	
SAUT Scampia	6	2	
PSAUT Loreto Mare	15	7	
SAUT S.Gennaro/Vomero/Pietravalle	21	7	
PSAUT S.Giovanni Bosco	14	6	
SAUT P.zza Municipio	6	6	
SAUT Ferrovia	6	6	
SAUT Ponticelli	6	1	

	4		
SAUT Pellegrini	14	2	

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 UE 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

firma per esteso

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

DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(medico frequentante il corso di formazione specifica in medicina generale)

(ALLEGATO D)

AL DIRETTORE GENERALE
ASL NAPOLI 1 CENTRO
VIA COMUNALE DEL PRINCIPE 13/A
80145 NAPOLI

Marca da Bollo €16,00

Il sottoscritto Dott. _____ nato a
_____ Prov. _____ il _____ codice fiscale
_____ residente a _____ Prov. _____ Via
_____ n. _____ CAP _____
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 rimangano vacanti;

per gli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati nel bollettino Ufficiale della Regione Campania n. _____ del _____ e segnatamente per i seguenti incarichi (indicare separatamente con precisione gli incarichi per cui si concorre):

Postazione P.S./118	n. posti in organico	n. posti vacanti	Postazione prescelta (indicare con una X)
Saut Loreto Crispi	5	2	
PSAUT Capri	6	1	
SAUT S.Paolo	14	2	
SAUT Pianura/Bagnoli	12	5	
SAUT Scampia	6	2	
PSAUT Loreto Mare	15	7	
SAUT S.Gennaro/Vomero/Pietravallo	21	7	
PSAUT S.Giovanni Bosco	14	6	
SAUT P.zza Municipio	6	6	
SAUT Ferrovia	6	6	
SAUT Ponticelli	6	1	
Presidi Giudiziari	4	1	
SAUT Pellegrini	14	2	

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 in corso) anno del Corso di formazione specifica in medicina generale relativo al corso triennale _____ / _____ presso la Regione _____ iniziato in data _____;
4. di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale;
5. di essere residente nel Comune di _____ (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 UE n. 2016/679.

DICHIARA INOLTRE

- a) **di essere a conoscenza che verrà eventualmente interpellato qualora, espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 92 del vigente 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

firma per esteso

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



(ALLEGATO E)

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott. _____ nato a

Prov. _____ il _____ codice fiscale

residente in _____ prov. _____ via

n. _____ CAP _____ iscritto all'ordine dei medici dal _____ 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



essere (1) titolare di incarico come medico 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) 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 _____ n. _____
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):

Via _____ Comune di _____ n.

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____ Periodo: dal ____

14. svolgere / non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) 0 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 _____

_____ ore settimanali

Via _____

_____ 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 compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interesse col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale:

18. svolgere /non svolgere (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 _____

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 _____ rapport _____ 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

Firma per esteso

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove si apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata



445/00).

- (1) Cancellare la parte che non interessa
- (2) Completare con notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare la sezione note