



REGIONE CAMPANIA AZIENDA SANITARIA LOCALE Benevento

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 38 del 31-07-201

OGGETTO: Pubblicazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale della Azienda Sanitaria Locale Benevento alla data del 1° marzo 2019 ai sensi dell'ACN 27/07/2009 e smi.

LA PRESENTE DELIBERAZIONE SI COMPONE DI N. 4 PAGINE CON N. 0 ALLEGATI CHE FORMANO PARTE INTEGRANTE E SOSTANZIALE DELLA STESSA

<p>Si certifica che la presente deliberazione è divenuta esecutiva il <u>31-07-201</u> Benevento <u>31-07-201</u> Il Funzionario Responsabile</p>	<p>Trasmessa al COLLEGIO SINDACALE con nota prot. n. _____ del _____ Si certifica che la presente deliberazione è stata pubblicata all'ALBO della A.S.L. dal <u>31-07-201</u> al <u>14-08-201</u> per 15 giorni consecutivi. Benevento <u>31-07-201</u> Il Funzionario Responsabile _____</p>
---	---

TRATTAMENTO DEI DATI
D.lgs. 196/2003 e s.m.i.

Il Dirigente responsabile proponente la presente deliberazione, in osservanza a quanto previsto nel D.lgs.196/2003 circa il rispetto dei principi e delle prescrizioni per il trattamento e diffusione dei dati personali, attesta la rispondenza delle suddette prescrizioni nel testo e negli eventuali allegati, ai fini della pubblicazione nei modi di legge all'albo pretorio.

IL DIRETTORE SANITARIO Dott. Vincenzo D'Alterio

Alla stregua dell'istruttoria compiuta e delle risultanze e degli atti, tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità tecnica ed amministrativa della stessa, resa a mezzo della sottoscrizione del presente provvedimento, da parte del Referente dell'Ufficio istruttore per la Medicina Generale, Pediatria di Libera Scelta e Specialistica Ambulatoriale.

Premesso

- che l'art. 92 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di Medicina generale del 27/07/2009 e s.m.i., il quale prevede che le Aziende procedono alla data del 1° marzo e del 1° settembre di ogni anno alla verifica degli organici in dotazione ai servizi di emergenza territoriale al fine di individuare gli incarichi vacanti e ne danno comunicazione alla Regione per la relativa pubblicazione nel BURC da effettuarsi rispettivamente entro la fine dei mesi di aprile e di ottobre;
- che con nota n. 2019.0363012 del 07/06/2019 la Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale ha individuato le AA.SS.LL. della Regione quali Enti incaricati di verificare gli organici in dotazione ai Servizi di emergenza territoriale, di verificare eventuali carenze di incarico, e procedere alla pubblicazione sul BURC ed a espletare le procedure conseguenziali;

Atteso

- che a seguito della verifica di cui all'art. 92, comma 1 dell'ACN, al 1° marzo 2019, risultano vacanti nell'organico della ASL Benevento per i servizi di emergenza territoriali n° 21 incarichi;

Dato atto

- che possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti pubblicati i medici in 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.96 dell'ACN;

Rilevate

- le carenze per le postazioni di seguito indicate: Centrale Operativa (n°2), Benevento (n°3), Vitulano (n°1), Airola (n°3), San Salvatore Telesino (n°1), Morcone (n°1), San Bartolomeo in Galdo SAUT+PSAUT (n°3), San Giorgio del Sannio (n°1), Cerreto Sannita SAUT+PSAUT (n°3), Ginestra degli Schiavoni (n°3), **per un totale di n° 21 medici dell'emergenza sanitaria territoriale;**

Ritenuto

- di dover pubblicare, i suddetti incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale individuati come da nota del Dirigente Responsabile della Centrale Operativa (118) prot. n° 76756 del 13/06/2019;

Dato atto che possono concorrere al conferimento degli incarichi:

- per trasferimento, ai sensi dell'art.92, comma 5, lettera a), i medici titolari di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale in un'Azienda della Regione Campania o in un'Azienda di altra Regione, a condizione che risultino titolari, rispettivamente da almeno un anno ovvero da almeno due anni, dell'incarico dal quale provengono;

- per graduatoria, ai sensi dell'art.92, comma 5, lettera b) i medici inclusi nella graduatoria regionale valevole per l'anno 2019;
- ai sensi dell'art. 7 lettera c) dell' ACN per la Medicina Generale del 21/06/2018 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;
- ai sensi dell'art.9, comma 1 del D.L. n.135/2018, convertito in Legge n° 12/2019, i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale, iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale;

Dato atto

- che i medici aspiranti al conferimento degli incarichi dovranno presentare, ai sensi dell'art.92, comma 4, ACN, entro venti giorni dalla pubblicazione sul BURC, domanda, a seconda della categoria di appartenenza, oltre alla dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio di cui all'allegato E dell'ACN citato;

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

PROPONE

Al Direttore Generale di:

- **PRENDERE ATTO** che risultano vacanti nell'organico della ASL Benevento per il Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale n° 21 incarichi;
- **PUBBLICARE** sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania, come previsto dall'art. 92, comma 3, del vigente ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di Medicina Generale 27/07/2009 e s.m.i. gli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria territoriale individuati nell'ambito della Azienda Sanitaria Locale Benevento, per le postazioni di seguito indicate: Centrale Operativa (n°2), Benevento (n°3), Vitulano (n°1), Airola (n°3), San Salvatore Telesino (n°1), Morcone (n°1), San Bartolomeo in Galdo SAUT-+PSAUT (n°3), San Giorgio del Sannio (n°1), Cerreto Sannita SAUT+PSAUT (n°3), Ginestra degli Schiavoni (n°3), per un totale di n.21 medici dell'emergenza sanitaria territoriale;
- **DARE ATTO** che, ai sensi dell'art. 92, comma 4, del citato ACN i medici aspiranti al conferimento degli incarichi dovranno presentare alla Azienda Sanitaria Locale di Benevento, entro venti giorni dalla pubblicazione sul BURC, apposita domanda, a seconda della categoria di appartenenza, oltre alla dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio di cui all'allegato E dell'ACN citato;
- **ONERARE** la Segreteria della Direzione Generale, Ufficio delibere, di trasmettere il presente provvedimento a:
 - Bollettino Ufficiale della Regione Campania;
 - Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale;
 - Direzione Sanitaria aziendale;
- **TRASMETTERE** il presente provvedimento al Collegio Sindacale aziendale.

Il sottoscritto dichiara l'insussistenza del conflitto di interessi, allo stato attuale, ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/90 ed alla misura M04 del Piano Triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

II DIRETTORE SANITARIO
Dott. Vincenzo D'Alterio

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Franklin Picker

In forza dei poteri conferitegli con DECRETO PRESIDENTE GIUNTA REGIONALE della CAMPANIA n. 202 del 28/09/2016 in esecuzione della Deliberazione della G.R. Campania n. 505 del 22/09/2016

PRESO ATTO

Della sottoscrizione, resa dal Direttore Sanitario, di regolarità tecnica ed amministrativa, nonché relativa alla conformità alle disposizioni in materia di tutela della privacy

CON IL
PARERE FAVOREVOLE

Del Direttore Amministrativo, Avv. Chiara Di Biase, reso per quanto di competenza, in merito a quanto sopra riportato ed attestato ed espresso con la formale sottoscrizione del presente provvedimento

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Avv. Chiara Di Biase

DELIBERA

- **DI PRENDERE ATTO** che risultano vacanti nell'organico della ASL Benevento per il Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale n° 21 incarichi;
- **DI PUBBLICARE** sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania, come previsto dall'art.92, comma 3, del vigente ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 27/07/2009 e s.m.i. gli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria territoriale individuati nell'ambito della Azienda Sanitaria Locale Benevento, per le postazioni di seguito indicate: Centrale Operativa (n°2), Benevento (n°3), Vitulano (n°1), Airola (n°3), San Salvatore Telesino (n°1), Morcone (n°1), San Bartolomeo in Galdo SAUT-+PSAUT (n°3), San Giorgio del Sannio (n°1), Cerreto Sannita SAUT+PSAUT (n°3), Ginestra degli Schiavoni (n°3), per un totale di n.21 medici dell'Emergenza Sanitaria territoriale;
- **DI DARE ATTO** che, ai sensi dell'art. 92, comma 4, del citato ACN i medici aspiranti al conferimento degli incarichi dovranno presentare alla Azienda Sanitaria Locale di Benevento, entro venti giorni dalla pubblicazione sul BURC, domanda conforme allo schema allegato, a seconda della categoria di appartenenza, oltre alla dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio di cui all'allegato E dell'ACN citato;
- **ONERARE** la Segreteria della Direzione Generale, Ufficio delibere, di trasmettere il presente provvedimento a:
 - Bollettino Ufficiale della Regione Campania;
 - Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale;
 - Direzione Sanitaria aziendale;
- **DI TRASMETTERE** il presente provvedimento al Collegio Sindacale aziendale.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Franklin Picker

Il Segretario Verbalizzante
Sig.ra Daniela De Luca

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

(Per trasferimento)

(ALLEGATO A)

AI DIRETTORE GENERALE
ASL BENEVENTO
Via Oderisio,1-Benevento

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

Prov. ____ il _____ codice fiscale _____ residente a

_____ prov. ____ via _____ n. ____ CAP ____

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. del,

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/~~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. _____

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)

AI DIRETTORE GENERALE
ASL BENEVENTO
Via Oderisio, 1 - Benevento

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 _____,

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:

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)

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

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

(ALLEGATOC)

AI DIRETTORE GENERALE
ASL BENEVENTO
Via Oderisio,1-Benevento

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ codice fiscale _____ residente a

_____ prov. _____ via _____ n. _____ CAP _____

Dal _____ CELL. _____ PEC _____

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 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 _____

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)

**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 BENEVENTO
Via Oderisio, 1 - Benevento

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,

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

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 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 incarico 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 _____

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 _____
Tipi 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 _____
Tipi 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 _____

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 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 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:

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