

AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA - P. IVA 03519500619 – Incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al 01/09/2019 dalla ASL CE - 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 ed art. 9 d.l. 135/2018 convertito in L. n. 12/2019.

Ai sensi dell'art. 92 comma 3, successivamente modificato dall'art. 7 dell'ACN 2018 di medicina generale, nel presente avviso sono pubblicati gli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al 30/04/2020 dalla Azienda Sanitaria Caserta – Regione Campania

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: cureprimarie@pec.aslcaserta.it, la domanda di partecipazione secondo i fac-simile allegati (A-B-C-D), compilando altresì, ove indicato nello schema di domanda, l'allegato E.

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'ACN

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 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 in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano all'unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento; I medici 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'art. 18 comma 1 dell'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 territoriale a tempo indeterminato possono concorrere all'assegnazione solo per trasferimento.

b) Per graduatoria: i medici inclusi nella graduatoria regionale – valevole per l'anno 2020 e che siano in possesso dei requisiti necessari per le attività di emergenza sanitaria territoriale, con priorità per:

- I) medici già incaricati a tempo indeterminato presso la stessa Azienda nel servizio di continuità assistenziale di cui a 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 settore.

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 2020.

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 2020 e sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea e della anzianità di laurea, con priorità di interpello per i residenti nel territorio aziendale, in Regione e da ultimo fuori Regione.

d) 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'art. 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 ed agli altri medici aventi, a qualsiasi titolo, diritto all'inserimento nella graduatoria regionale (equipollenti).

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 frequentanti 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 Caserta, in relazione agli incarichi vacanti pubblicati, tramite pec: cureprimarie@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 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. 92 e successivamente modificato dall'art. 7 del vigente ACN di Assistenza Primaria.

Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare la propria accettazione mediante telegramma o pec, indicando l'ordine di priorità per l'accettazione tra gli incarichi vacanti pubblicati per i quali ha concorso. Il telegramma o la pec devono 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. 17; in particolare relativamente al comma 2 lettere b) ed f) dell'ACN del 23/03/2005, così come modificato dall'ACN del 26/06/2018 (cfr. art. 8 commi 1 e 2), 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 beneficiano delle sole prestazioni della quota "A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM. 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. 17 devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso (art. 7 comma 17 ACN del 26/06/2018)

Ai sensi del comma 21 dell'art. 7 dell'ACN del 26/06/2018 *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/PSAUT.* Il conferimento dell'incarico è subordinato alla idoneità psico fisica alla mansione specifica stabilita dal medico competente aziendale.

CARENZE MEDICI 118 ASL CASERTA AL TRENTA APRILE 2020 *		
DISTRETTO	POSTAZIONE	CARENZE
12	Caserta 07/010	1
13	Maddaloni/S. Felice a C.SAUT-PSAUT	7
14	Teano SAUT-PSAUT/Caianello/Sessa Aurunca	5
17	Aversa	2
18	Succivo	2
19	Trentola	3
20	Casale	3
22	Capua SAUT-PSAUT/Sparanise	2
23	Mondragone/Castel Volturno	5
	TOTALI	30

*Tabella allegata al prot. n° 108493/CO 118 del 30/04/2020

**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 _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

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):

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 D)
- 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 2020 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.

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 2020 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 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 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)

FASIMILE DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**(art. 7, comma 6, lettera c vigente ACN)****(ALLEGATO C)****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. 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.

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

- Di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____;
- Di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di _____;
- Di aver acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale presso la Regione _____ in data _____;
- Di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale;
- Di essere residente nel Comune di _____ prov. _____ dal _____;
- 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 _____

_____ 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 D)****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. 9, comma 1, del Decreto Legge n. 135/2018, convertito in Legge 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 _____ / _____ 2020, 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.

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. 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 D)
- 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 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 _____

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 disponibilità (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 _____

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:

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