

## AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO – C.F. 02600160648

**Incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al 16 giugno 2020 dalla ASL Avellino - 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 2020 dalla Azienda Sanitaria Locale Avellino - Regione Campania.**

Entro 15 giorni dalla data di pubblicazione dell'Avviso nel Bollettino Ufficiale della Regione i medici interessati possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti presentando, esclusivamente tramite **pec: protocollo@pec.aslavellino.it**, la domanda di partecipazione secondo i fac-simile allegati (A-B-C-D), compilando altresì, 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'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 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 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 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 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 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, 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) i medici di cui alla lettera c) *d i infine i medici di cui alla lettera d)* con priorità di interpello per i residenti nel territorio aziendale, in Regione e da ultimo fuori Regione;

d) Ai sensi dell'articolo 9, comma 1, del Decreto Legge n. 135/2018, convertito dalla Legge n. 12 dell'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 (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.

Per i medici iscritti al Corso di Formazione in Medicina Generale gli stessi osserveranno, sino al conseguimento del diploma di Formazione in Medicina Generale, **24 ore settimanali** come previsto dall'art. 9 comma 1 del D.L. 135/2018 convertito con L. 12/2019.

La domanda, deve essere inviata esclusivamente alla Aziende Sanitaria Locale Avellino, in relazione agli incarichi vacanti pubblici, tramite **pec: protocollo@pec.aslavellino.it**, riportando nell'oggetto la seguente 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 7 giorni, 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 concorse. Il telegramma o la pec devono pervenire all'ASL Avellino 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 15/10/1976 del Ministro 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 lasciare 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 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 EMERGENZA TERRITORIALE INCARICHI ZONE CARENTI

DISTRETTO SANITARIO	N. CARENZE
<b>DSB 1 Ariano Irpino</b> – Presidio di Vallata	1
<b>DSB 3 Sant'Angelo dei Lombardi</b> – Presidio di Bisaccia (1), Presidio Calitri (2), Presidio Montella(1), Presidio Sant'Angelo dei Lombardi(1).	5
<b>DSB 4 Avellino</b> – Presidio di Avellino (1), Presidio di Cervinara (2)	3
<b>DSB 5 Atripalda</b> – Presidio di Montemiletto (2)	2

<b>DSB 6 Baiano – Presidio di Lauro (1)</b>	<b>1</b>
<b>TOTALE</b>	<b>12</b>

IL DIRETTORE GENERALE  
DOTT.SSA MARIA MORGANTE

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE****( per trasferimento )****(ALLEGATO A)**

AI DIRETTORE GENERALE

ASL AVELLINO

VIA DEGLI IMBIMBO 10/12

83100 AVELLINO

**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, 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 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 _____

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 \_\_\_\_\_ 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 AVELLINO

VIA DEGLI IMBIMBO 10/12

83100 AVELLINO

**Marca da Bollo € 16,00**

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****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):

<b>N. POSTI</b>	<b>DISTRETTO SANITARIO DI BASE N. _____</b>

--	--

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 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 \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_;
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.mi. 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).

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE****( art. 92, comma 6, lettera c vigente ACN)****(ALLEGATO C)**AI DIRETTORE GENERALE  
ASL AVELLINO  
VIA DEGLI IMBIMBO 10/12  
83100 AVELLINO**Marca da Bollo € 16,00**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):

<b>N. POSTI</b>	<b>DISTRETTO SANITARIO DI BASE N. _____</b>


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

### DICHIARA

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

Allega

- dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato 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).

**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 AVELLINO

VIA DEGLI IMBIMBO 10/12

**83100 AVELLINO****Marca da Bollo € 16,00**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ natoa \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ prov.. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

CELL. \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

secondo quanto previsto dall'articolo 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 Campia n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, e segnatamente per i seguenti incarichi (indicare separatamente con precisione gli incarichi per cui si concorre, specificando la postazione fissa o itinerante come da avviso):

<b>N. POSTI</b>	<b>DISTRETTO SANITARIO DI BASE N. _____</b>


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 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 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 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ iscritto all'ordine dei medici 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 \_\_\_\_\_

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 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 \_\_\_\_\_

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)

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 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 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 \_\_\_\_\_

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 convenzionato 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, 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 \_\_\_\_\_ In Fede \_\_\_\_\_

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