



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
www.aslavellino.it

**INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
2021**

(art.92 Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di Medicina Generale 23 marzo 2005 ss.mm.ii., come modificato dall'art.11 ACN 2020 AIR-118 del 15.06.2021);

In osservanza della disposizione normativa innanzi richiamata, è indetto Avviso per l'assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale, individuati, in n. di 13, dall'Azienda Sanitaria Locale di Avellino ad esito della procedura di mobilità aziendale interna (anno 2021), di cui all'atto deliberativo n.470 del 31/03/2021 e da precedente Avviso pubblicato, sul BURC n. 50 del 17/05/2021, e rappresentati come da prospetto che segue:

POSTAZIONE SAUT	NUMERO CARENZE
Avellino	2
Bisaccia	2
Calitri	4
Cervinara	2
Grottaminarda	1
Montella	1
Sant'Angelo dei Lombardi	1

Requisiti di accesso

Ai sensi dell'art.92, co.5 ACN MMG vigente, possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti di EST i medici in possesso dell'attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione di cui all'art.96 ACN MMG.

Medici aventi titolo a concorrere e criteri di graduazione

Ai sensi dell'art.92, co.6 ACN MMG vigente, 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 di cui all'art.18, co.1 ACN MMG.

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 di incarico di emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato possono concorrere all'assegnazione solo per trasferimento.

b) “per graduatoria”:

i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso e che siano in possesso dei requisiti

necessari per le attività di emergenza sanitaria territoriale, con priorità per:

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.

Tali medici sono graduati secondo il punteggio riportato nella graduatoria regionale di settore.

c) I medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valida per l'anno in corso, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda concernente il presente Avviso; gli stessi devono produrre attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza di cui all'art.96 ACN MMG.

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

d) In caso di mancata assegnazione degli incarichi vacanti ai medici di cui alle lettere a, b, c., possono concorrere al conferimento i medici di cui all'art. 9, co.1 DL. 14 dicembre 2018, n.135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n.12.

Successivamente, gli eventuali incarichi rimasti vacanti sono attribuiti ai medici ai sensi dell'art.12, co.3 D.L. 30 aprile 2019, n.35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n.60.

I medici in formazione, in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale di cui all'art.96 ACN MMG 2005 ss.mm.ii., possono presentare domanda di assegnazione esclusivamente nella stessa Regione presso la quale stanno frequentando il corso di formazione in medicina generale.

I medici di cui al comma 6-bis sono graduati nel rispetto delle annualità di frequenza al corso (terza, seconda, prima) a partire dalla data di effettivo inizio del corso, in base alla minore età al conseguimento del diploma di laurea, al voto di laurea ed all'anzianità di laurea.

Modalità di presentazione della domanda di partecipazione

I medici interessati possono presentare domanda di partecipazione, con apposizione del bollo in osservanza della normativa vigente (€16,00), **entro 15 giorni dalla data di pubblicazione del presente Avviso sul BURC**, utilizzando la seguente modulistica in allegato:

- Allegato A in ipotesi di partecipazione per trasferimento ai sensi della lett.a);
- Allegato B in ipotesi di partecipazione per graduatoria ai sensi della lett.b);
- Allegato C in ipotesi di partecipazione ai sensi delle lett. c) e c1);
- Allegato D in ipotesi di partecipazione ai sensi della lett. d);
- Allegato E (autocertificazione informativa);
- Allegato F (dichiarazione attestazione di pagamento di imposta di bollo per la presentazione di istanze alle Pubbliche Amministrazioni).

La domanda di partecipazione dovrà essere trasmessa, **a pena di esclusione**, al seguente indirizzo pec:

protocollo@pec.aslavellino.it, indicando in oggetto la dicitura "**Zone Carenti ET - anno 2021**"; la stessa deve riportare in allegato a) copia di documento di riconoscimento in corso di validità, b) dichiarazione sostitutiva di atto notorio, compilata in ogni sua parte come da **allegato E** e debitamente sottoscritta dal candidato c) modulo attestante l'assolvimento degli obblighi in materia di imposta di bollo (**allegato F**).

Pubblicazione delle graduatorie e procedure per l'assegnazione degli incarichi

L'Asl di Avellino procederà alla valutazione delle istanze pervenute sulla scorta degli ordini di priorità di cui al presente Avviso e predisporrà le graduatorie aziendali, le quali verranno rese pubbliche, mediante affissione sull'albo pretorio aziendale, **entro 5 giorni dalla data di scadenza del presente Avviso**, apponendo a fianco al nominativo di ciascun medico lo o gli incarichi vacanti per i quali egli abbia inoltrato domanda di assegnazione.

Entro 5 giorni dalla data di pubblicazione delle suddette graduatorie, i medici possono presentare **istanza**

motivata di riesame della loro posizione in graduatoria.

Espletate le procedure afferenti alle eventuali istanze di revisione pervenute, l'Azienda procede alla approvazione definitiva delle graduatorie.

Tutti i medici inseriti nelle graduatorie di cui innanzi saranno convocati, con un preavviso di 15 giorni, a mezzo pec.

Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi potrà esprimere - **esclusivamente a mezzo pec** - la propria accettazione, indicando l'ordine di priorità tra gli incarichi vacanti per i quali ha concorso. In tal caso, gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli vacanti. Il medico impossibilitato dovrà trasmettere, **entro le ore 12,00 del giorno antecedente la data indicata per la seduta di accettazione**, la seguente modulistica che sarà inserita, sul sito istituzionale: autocertificazione informativa e modulo di consenso.

A detta documentazione, andrà allegato un documento di riconoscimento in corso di validità.

La mancata presentazione presso la sede di convocazione e l'assenza/invio tardivo di comunicazione PEC entro il termine indicato sono considerate rinuncia del medico all'assegnazione degli incarichi di che trattasi.

Il medico interpellato deve, a pena di decadenza, dichiarare in sede di convocazione di accettare l'incarico o di rinunciare all'assegnazione.

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 ACN MMG, così come modificato dall'art. 8, co.1,2 ACN 2018, devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

L'Azienda procede, quindi, alla formalizzazione degli incarichi e, in caso di assegnazione per trasferimento ad un medico proveniente da altra Regione, comunica all'Azienda di provenienza l'avvenuta accettazione dell'incarico.

L'Azienda conferisce definitivamente l'incarico a tempo indeterminato al medico di cui alle lettere a), b), c).

Ai sensi degli artt.92, co.19 e 93, co.10 ACN MMG, l'Azienda conferisce l'incarico temporaneo con una sospensione parziale dell'attività convenzionale, ai fini giuridici ed economici, pari a 14h settimanali, al medico di cui alla lettera d). A decorrere dalla data del conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale, l'Azienda provvederà ad interrompere la sospensione parziale dell'attività ed a trasformare l'incarico a tempo indeterminato, previa acquisizione dell'autocertificazione del titolo da parte del medico.

Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. 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'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale per la procedura di attribuzione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale.

Il Direttore Generale
dott.ssa Maria Morgante

	ASL AVELLINO AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
---	---

**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).
- dichiarazione attestazione di pagamento di imposta di bollo per la presentazione di istanze alle Pubbliche Amministrazioni (allegato F);

- 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).



ASL AVELLINO
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO

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

(per graduatoria)

(ALLEGATO B)

Al 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 2021

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 2021 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).
- dichiarazione attestazione di pagamento di imposta di bollo per la presentazione di istanze alle Pubbliche Amministrazioni (allegato F);
- 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).



ASL AVELLINO
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO

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

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

(ALLEGATO C)

Al 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):

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 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);
- dichiarazione attestazione di pagamento di imposta di bollo per la presentazione di istanze alle Pubbliche Amministrazioni (allegato F);
- 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).



ASL AVELLINO
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO

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

(medico frequentante il corso di formazione specifica in medicina generale)

(ALLEGATO D)

Al 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 _____

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 Campania 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):

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 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).
- dichiarazione attestazione di pagamento di imposta di bollo per la presentazione di istanze alle Pubbliche Amministrazioni (allegato F);
- 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).



ASL AVELLINO
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO

(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

Modello F

**DICHIARAZIONE ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DI IMPOSTA DI BOLLO
PER LA PRESTAZIONE DI ISTANZE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE
trasmesse tramite posta elettronica certificata (PEC)**

Al Direttore Generale ASL Avellino
via degli Imbimbo, 10-12
83100 Avellino

Il sottoscritto Dott. _____
codice fiscale: _____
nato a _____ (Prov. _____) il _____
residente a _____ (Prov. _____)
via _____ n. Civ. _____

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n.445, ai sensi ed agli effetti dell'art.47 del D.P.R. 28/12/2000, N.445:

DICHIARA

1. che la marca da bollo, numero identificativo _____, figurante sul frontespizio della domanda di partecipazione alla assegnazione degli incarichi vacanti di E.S.T. (anno 2021), trasmessa per PEC in data _____, è conforme all'originale in proprio possesso;
2. di essere a conoscenza che potranno essere effettuati controlli sulle dichiarazioni sostitutive rese in occasione della presentazione della domanda, ai sensi del DPR 445/2000 e ss.mm.ii. e, pertanto si impegna a conservare la suddetta marca n. _____ in originale, debitamente incollata e annullata nell'apposito spazio della domanda stessa, ed a renderla disponibile ai fini dei suddetti controlli.

Luogo e data _____ Firma per esteso _____(1)

(1) Ai sensi dell'art.38 del D.P.R. 445//2000, la dichiarazione è sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità del dichiarante.