

## **PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA**

1. La domanda di partecipazione, compilata esclusivamente on line deve essere presentata esclusivamente tramite pec con le seguenti modalità:
2. La domanda di partecipazione, deve essere inviata entro trenta giorni dalla pubblicazione del bando.
3. L'Amministrazione non assume responsabilità per la disfunzione di comunicazioni dipendente da inesatte indicazioni dell'indirizzo pec da parte dell'aspirante oppure da eventuali disguidi dovuti alla rete internet o imputabili a fatti di terzi, a caso fortuito o forza maggiore..
4. Con la presentazione della domanda il candidato accetta tutte le prescrizioni del presente provvedimento.

Gli aspiranti alle assegnazioni di incarico per trasferimento sono tenuti a dichiarare nella domanda – ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 – l'anzianità di incarico **maturata entro la data di pubblicazione sul B.U.R.C. del presente decreto**. Gli aspiranti alle assegnazioni di incarico per conferimento sono tenuti a dichiarare la residenza storica.

A pena di inammissibilità della domanda, gli aspiranti dovranno sottoscrivere:

- **Di non essere già titolari per l'incarico per il quale intendono concorrere all'atto della presentazione delle domande;**
- **La riserva percentuale alla quale gli aspiranti intendono concorrere, secondo quanto stabilito dall'art. 16 comma 7 lettere a) e b) dell'A.C.N. vigente.**

L'Amministrazione si riserva in ogni momento di verificare la veridicità del contenuto delle dichiarazioni e di procedere all'esclusione dei candidati dalle procedure di assegnazione per difetto dei requisiti prescritti.

Eventuali dichiarazioni difformi all'atto del conferimento dell'incarico, determineranno l'immediata revoca dello stesso e l'applicazione delle sanzioni previste dalle vigenti norme in materia di autocertificazione.

**La pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania e sul sito Internet della Regione degli elenchi degli ammessi e degli esclusi costituisce notifica agli aspiranti sui quali incombe l'onere di verificare la presenza del proprio nominativo in detto elenco al fine della eventuale necessaria integrazione della domanda.**

Nel caso di eventuali integrazioni delle domande da parte degli interessati, l'istanza dovrà essere inviata entro il termine perentorio di 30 giorni dalla pubblicazione sul B.U.R.C. degli elenchi degli ammessi ed esclusi **sempre e solo esclusivamente tramite pec.**

**La mancata integrazione della domanda nel termine di 30 giorni dalla pubblicazione degli elenchi determina l'esclusione definitiva dalla graduatoria.**

I medici aspiranti al trasferimento saranno convocati tramite pec

**La pubblicazione della graduatoria definitiva al conferimento delle zone carenti degli ammessi e degli esclusi, vale come notifica per la procedura di assegnazione e conterrà calendari, orari e sede.**

La sede per l'assegnazione dei trasferimenti e dei conferimenti di nuovi incarichi è presso l'Assessorato alla sanità della Regione Campania, Is. C3 del Centro Direzionale di Napoli.

Ai sensi dell'art. 13 D.lgs. 30 giugno n. 196, i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso la Giunta Regionale della Campania Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale – C.d.N. Is. C/3 Napoli, per le finalità di gestione delle procedure di assegnazione. Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione pena esclusione dal concorso. Le medesime informazioni possono essere comunicate esclusivamente agli enti e alle strutture pubbliche direttamente interessate allo svolgimento delle procedure di assegnazione.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI  
CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA  
(PER TRASFERIMENTO)  
ANNO 2014 e 2015 (una sola domanda per tutte le annualità)**

**DATI ANAGRAFICI**

\_\_l\_\_ sottoscritt \_\_Dott.\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
PEC: \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

Secondo quanto previsto dall'articolo 34, comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente per la Medicina Generale, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino ufficiale della Regione \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

**DICHIARA**

Di essere titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria dal \_\_\_\_\_  
presso l'Azienda Sanitaria Locale n. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ per l'ambito territoriale  
(comune)di \_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_ e con anzianità  
complessiva di assistenza primaria pari a mesi \_\_\_\_\_

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso il seguente indirizzi pec

:

\_\_\_\_\_

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI  
CARENTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE  
(PER TRASFERIMENTO)  
ANNO 2014 e 2015 (una sola domanda per tutte le annualità)**

**DATI ANAGRAFICI**

\_\_l\_\_ sottoscritt \_\_Dott.\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
PEC: \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

Secondo quanto previsto dall'articolo 34, comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente per la Medicina Generale, per l'assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino ufficiale della Regione \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

**D I C H I A R A**

Di essere titolare di incarico a tempo indeterminato per la continuità assistenziale dal \_\_\_\_\_  
presso l'Azienda Sanitaria Locale n. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_  
e con anzianità complessiva di continuità assistenziale pari a mesi \_\_\_\_\_

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso il seguente indirizzi pec:

\_\_\_\_\_

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI  
ASSISTENZA PRIMARIA (per Graduatoria)  
ANNO 2014**

**IMPORTANTE**

**BARRARE UNA SOLA CASELLA IN CASO DI BARRATURA DI ENTRAMBE LE CASELLE O MANCATA  
INDICAZIONE DELLA RISERVA PRESCELTA LA DOMANDA SARÀ ESCLUSA IN VIA DEFINITIVA**

In osservanza di quanto previsto dall'art. 16, co. 7 e 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, il sottoscritto chiede di poter accedere alla riserva di assegnazione come appresso indicato:

- Riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in Medicina Generale di cui al  
D.L.vo n. 256/91 o 277/2003 (articolo 16, comma 7, lettera a),  
Anno di conseguimento \_\_\_\_\_ Regione di conseguimento \_\_\_\_\_**
- Riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (art. n. 16, comma 7, lettera b,)**

**DATI ANAGRAFICI**

\_\_I\_\_ sottoscritt\_\_ Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_ il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ laureato il \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Di aver avuto la residenza in maniera continuativa nel periodo dal **31/01/2011 al 31/01/2013**  
in Regione \_\_\_\_\_

Di aver avuto la residenza in maniera continuativa nel periodo dal **31/01/2011 al 31/01/2013**  
nell'ambito \_\_\_\_\_

**Dichiara di non essere titolare di Assistenza Primaria (pena esclusione e denuncia alle autorità giudiziarie per  
dichiarazione mendace).**

**F A D O M A N D A**

Secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2. lett. b) dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente per la  
Medicina Generale, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di Assistenza Primaria pubblicati sul  
BURC n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso il seguente indirizzo pec:

\_\_\_\_\_

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI  
CONTINUITA' ASSISTENZIALE (per Graduatoria)  
ANNO 2014**

**IMPORTANTE**

**BARRARE UNA SOLA CASELLA IN CASO DI BARRATURA DI ENTRAMBE LE CASELLE O MANCATA  
INDICAZIONE DELLA RISERVA PRESCELTA LA DOMANDA SARÀ ESCLUSA IN VIA DEFINITIVA**

In osservanza di quanto previsto dall'art. 16, co. 7 e 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, il sottoscritto chiede di poter accedere alla riserva di assegnazione come appresso indicato:

**Riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in Medicina Generale di cui al  
D.L.vo n. 256/91 o 277/2003 (articolo 16, comma 7, lettera a),  
Anno di conseguimento \_\_\_\_\_ Regione di conseguimento \_\_\_\_\_**

**Riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (art. n. 16, comma 7, lettera b,)**

**DATI ANAGRAFICI**

Il sottoscritt Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ laureato il \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Di aver avuto la residenza in maniera continuativa nel periodo dal **31/01/2011 al 31/01/2013**  
in Regione \_\_\_\_\_

Di aver avuto la residenza in maniera continuativa nel periodo dal **31/01/2011 al 31/01/2013**  
nell'ASL \_\_\_\_\_

**Dichiara di non essere titolare di Continuità Assistenziale (pena esclusione e denuncia alle autorità giudiziarie per  
dichiarazione mendace).**

**F A D O M A N D A**

Secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2. lett. b) dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente per la  
Medicina Generale, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di Assistenza Primaria pubblicati sul  
BURC n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso il seguente indirizzo pec:

\_\_\_\_\_

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI  
ASSISTENZA PRIMARIA (per Graduatoria)  
ANNO 2015**

**IMPORTANTE**

**BARRARE UNA SOLA CASELLA IN CASO DI BARRATURA DI ENTRAMBE LE CASELLE O MANCATA INDICAZIONE DELLA RISERVA PRESCELTA LA DOMANDA SARÀ ESCLUSA IN VIA DEFINITIVA**

In osservanza di quanto previsto dall'art. 16, co. 7 e 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, il sottoscritto chiede di poter accedere alla riserva di assegnazione come appresso indicato:

**Riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in Medicina Generale di cui al D.L.vo n. 256/91 o 277/2003 (articolo 16, comma 7, lettera a,) Anno di conseguimento \_\_\_\_\_ Regione di conseguimento \_\_\_\_\_**

**Riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (art. n. 16, comma 7, lettera b,)**

**DATI ANAGRAFICI**

Il sottoscritt \_\_\_\_\_ Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ laureato il \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Di aver avuto la residenza in maniera continuativa nel periodo dal **31/01/2012 al 31/01/2014** in Regione \_\_\_\_\_

Di aver avuto la residenza in maniera continuativa nel periodo dal **31/01/2012 al 31/01/2014** nell'ambito \_\_\_\_\_

**Dichiara di non essere titolare di Assistenza Primaria (pena esclusione e denuncia alle autorità giudiziarie per dichiarazione mendace).**

**FA DOMANDA**

Secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2. lett. b) dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente per la Medicina Generale, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di Assistenza Primaria pubblicati sul BURC n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso il seguente indirizzo pec:

\_\_\_\_\_

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI  
CONTINUITA' ASSISTENZIALE (per Graduatoria)  
ANNO 2015**

**IMPORTANTE**

**BARRARE UNA SOLA CASELLA IN CASO DI BARRATURA DI ENTRAMBE LE CASELLE O MANCATA  
INDICAZIONE DELLA RISERVA PRESCELTA LA DOMANDA SARÀ ESCLUSA IN VIA DEFINITIVA**

In osservanza di quanto previsto dall'art. 16, co. 7 e 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, il sottoscritto chiede di poter accedere alla riserva di assegnazione come appresso indicato:

- Riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in Medicina Generale di cui al  
D.L.vo n. 256/91 o 277/2003 (articolo 16, comma 7, lettera a.)  
Anno di conseguimento \_\_\_\_\_ Regione di conseguimento \_\_\_\_\_**
- Riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (art. n. 16, comma 7, lettera b,)**

**DATI ANAGRAFICI**

\_\_I\_\_ sottoscritt\_\_ Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ laureato il \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Di aver avuto la residenza in maniera continuativa nel periodo dal **31/01/2012 al 31/01/2014**  
in Regione \_\_\_\_\_

Di aver avuto la residenza in maniera continuativa nel periodo dal **31/01/2012 al 31/01/2014**  
nell'ASL \_\_\_\_\_

**Dichiara di non essere titolare di Continuità Assistenziale (pena esclusione e denuncia alle autorità giudiziarie per  
dichiarazione mendace).**

**FA DOMANDA**

Secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2. lett. b) dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente per la  
Medicina Generale, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di Assistenza Primaria pubblicati sul  
BURC n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso il seguente indirizzo pe:

\_\_\_\_\_





**Allegato I**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'  
(ART. 47 D.P. R. N. 445 DEL 28.12.2000)**

In riferimento alla domanda di partecipazione alle procedure di assegnazione carenze di Assistenza  
Primaria e Continuità Assistenziale della Regione Campania relativa all'anno **2014/2015**

\_\_\_\_\_l\_\_\_\_\_ sottoscritt\_\_\_\_\_ Dr\_\_\_\_\_ nat\_\_\_\_\_

a\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti  
falsi richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000,

**D I C H I A R A**

**Che tutte le informazioni rese in domanda corrispondono al vero.**

Data\_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_

## Allegato M

### ELENCO DEI MOTIVI DI ESCLUSIONE DEFINITIVA PER I TRASFERIMENTI

- 1) Invio domanda oltre i termini.
- 2) Anzianità di servizio insufficiente per i medici provenienti dalla Regione Campania.
  - a) Nota esplicativa: Per l'**Assistenza Primaria** e per la **Continuità Assistenziale** i medici provenienti dalla Regione Campania possono richiedere il trasferimento di incarico solo se hanno almeno **due anni di anzianità di servizio**.
- 3) Anzianità di servizio per i medici provenienti da Regioni differenti dalla Campania
  - a) Nota esplicativa: per l'**Assistenza Primaria** i medici provenienti da fuori regione possono richiedere il trasferimento di incarico solo se hanno **quattro anni di anzianità di servizio**.
  - b) Per la **Continuità Assistenziale** i medici provenienti da fuori regione possono richiedere il trasferimento di incarico solo se hanno **almeno tre anni di anzianità di servizio**.

### ELENCO DEI MOTIVI DI AMMISSIONE CON RISERVA PER I TRASFERIMENTI

1. Manca o non è leggibile la fotocopia del documento di riconoscimento
  - a) Nota esplicativa: per essere iscritti nella graduatoria degli ammessi è obbligatorio inviare all'Assessorato alla Sanità, nei termini temporali stabiliti dal presente decreto, una fotocopia leggibile del documento di riconoscimento in corso di validità.
2. Mancano o non sono leggibili o scorretti uno o più dati sul modello di domanda.
3. Manca la firma in calce alla domanda.

## **ELENCO DEI MOTIVI DI ESCLUSIONE DEFINITIVA PER CONFERIMENTI DI INCARICO PER GRADUATORIA**

1. Invio domanda oltre i termini.
2. Non è stata scelta nessuna delle due riserve oppure sono state scelte entrambe le riserve
  - a) Nota esplicativa: **il medico è obbligato a scegliere una sola riserva.**
3. Medico non presente nella graduatoria di MMG dell'anno precedente a quello per cui concorre per il conferimento di incarico.

## **ELENCO DEI MOTIVI DI AMMISSIONE CON RISERVA AI CONFERIMENTI DI INCARICO PER GRADUATORIA**

1. Manca o non è leggibile la fotocopia del documento di riconoscimento.
  - a) nota esplicativa: per essere iscritti nella graduatoria degli ammessi è obbligatorio inviare all'Assessorato alla Sanità, nei termini stabiliti dal presente decreto, una fotocopia leggibile del documento di riconoscimento valido.
2. Mancano o non sono leggibili o scorretti uno o più dati nella sezione – Dati Anagrafici.
  - a) Nota esplicativa: per essere inseriti nella graduatoria degli ammessi è obbligatorio inviare all'Assessorato alla Sanità, nei termini temporali stabiliti dal presente decreto, la sezione dei dati anagrafici del modello di domanda corretta e/o integrata.
3. Manca la firma in calce alla domanda.