

Allegato 1)

Avviso parte integrante della determinazione n. DPF020/20 del 19 marzo 2024

Incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria individuati dalle Aziende USL della Regione Abruzzo per l'anno 2024, ai sensi dell'art. 34 e della norma transitoria n. 3, A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 28 aprile 2022.

Ai sensi dell'art. 34, comma 1, del vigente ACN nel presente avviso è pubblicato l'elenco degli incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria e quelli che si renderanno disponibili nel corso dell'anno 2023. Per questi ultimi, accanto all'indicazione dell'incarico vacante, risulta indicata la data in cui si verificherà la carenza.

Entro 20 giorni dalla data di pubblicazione del presente Avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione (BURAT) i medici interessati possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti presentando **esclusivamente mediante PEC** domanda di assegnazione secondo i fac-simile allegati (A-B-C), compilando altresì l'allegato E (AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA) e l'allegato D (MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO).

Possono concorrere al conferimento degli incarichi:

a) per trasferimento, i medici titolari di incarico a tempo indeterminato del ruolo unico ad attività oraria da almeno 2 anni in un'Azienda della Regione Abruzzo e quelli titolari in un'Azienda di altra Regione da almeno 3 anni che al momento di attribuzione dell'incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del SSN, eccezion fatta per i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta con un carico inferiore a 650 assistiti. Ai fini del computo del suddetto requisito è valutata la titolarità di incarico di continuità assistenziale ai sensi dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i.

I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza della metà degli incarichi disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionari ottenuti nel calcolo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto può essere esercitato il diritto di trasferimento.

I medici già titolari d'incarico del ruolo unico di assistenza primaria a tempo indeterminato possono concorrere all'assegnazione solo per trasferimento.

I medici sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato di medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria / continuità assistenziale, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'articolo 22, comma 1, ACN.

Per la valutazione dell'anzianità di incarico il termine finale del calcolo del periodo di anzianità è dato dalla data di pubblicazione degli ambiti territoriali carenti nel BURAT. In caso di pari posizione in graduatoria i medici sono graduati nell'ordine della minore età, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

Il medico che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza, fatto salvo l'obbligo di garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso di cui all'articolo 24, comma 1, lettera a).

La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

b) i medici inclusi nella graduatoria regionale valevole per l'anno 2024 pubblicata sul B.U.R.A.T. Speciale n. 206 del 6 dicembre 2023.

Per l'assegnazione degli incarichi vacanti - fatta salva l'assegnazione preliminare per trasferimento - la riserva, calcolata a livello regionale, è definita nel modo seguente:

- 80 % a favore dei medici in possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale;
- 20 % a favore dei medici in possesso di titolo equipollente.

Qualora non vengano assegnati, per carenza di domande, incarichi spettanti ad una delle riserve, gli stessi vengono assegnati all'altra.

Gli aspiranti all'assegnazione degli incarichi possono concorrere esclusivamente per una delle riserve, fatto salvo quanto sopra, e devono dichiarare nella domanda la riserva per la quale intendono concorrere.

I quozienti frazionali derivanti dall'applicazione delle percentuali di riserva sono approssimati alla unità più vicina. In caso di quoziente frazionale pari per entrambe le riserve, il relativo posto viene assegnato alla riserva più bassa.

I medici sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

1. punteggio riportato nella graduatoria regionale valevole per l'anno 2024 pubblicata sul B.U.R.A.T. Speciale n. 206 del 6 dicembre 2023;
2. punti 5 a coloro che nell'Azienda nella quale è vacante l'incarico ad attività oraria per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;
3. punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione Abruzzo da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico.

In caso di pari posizione in graduatoria i medici sono graduati nell'ordine della minore età, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

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 di assegnazione degli incarichi.

Tali medici concorrono successivamente ai trasferimenti, ai medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno 2024 sulla base delle percentuali di riserva sopra indicate, 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 nell'Azienda, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

Le graduatorie per l'assegnazione degli incarichi vacanti sono formulate sulla base dell'anzianità, dei relativi punteggi e criteri indicati, con la precisazione, per ciascun nominativo, degli incarichi per cui concorre.

La domanda, **in bollo**, compilata e debitamente sottoscritta, e i relativi allegati devono essere spediti alle Aziende U.S.L. in relazione agli incarichi vacanti pubblicati, esclusivamente a mezzo PEC, ai seguenti indirizzi di posta elettronica certificata:

Azienda USL Avezzano Sulmona L'Aquila	protocollogenerale@pec.asl1abruzzo.it
Azienda USL Lanciano Vasto Chieti	assistenza.base@pec.asl2abruzzo.it
Azienda USL Pescara	medicinaconvenzionata.aslpe@pec.it
Azienda USL Teramo	cast@pec.aslteramo.it

L'oggetto della PEC dovrà contenere SOLO la seguente dicitura: **DOMANDA INCARICHI AP ATTIVITÀ ORARIA 2024**.

La domanda può essere prodotta con un'unica PEC, salvo che risulti impossibile, per le dimensioni del o dei FILE; in tal caso il candidato potrà trasmettere più PEC specificando nelle successive che si tratta di integrazioni alla domanda, sempre entro il termine di scadenza di 20 giorni dalla data di pubblicazione dell'avviso nel BURAT.

La domanda e gli allegati, ove l'interessato sia in possesso di firma digitale, potranno essere sottoscritti digitalmente nelle forme stabilite dalla legge.

Inoltre la domanda deve essere in regola con le vigenti norme in materia di imposta di bollo dell'importo di euro 16,00. Ai fini della relativa dimostrazione dovrà essere debitamente compilato, sottoscritto e trasmesso, in allegato alla medesima PEC, il Modulo **Allegato D**, e sul modello di domanda dovrà essere indicato, nell'apposito spazio, il **codice numerico composto da 14 cifre** rilevabili dal contrassegno.

Si chiarisce che, con Risoluzione n. 89/E del 2016, l'Agenzia delle Entrate ha evidenziato che, nel caso di pagamento dell'imposta di bollo mediante contrassegno telematico, il contribuente deve curare la conservazione del contrassegno utilizzato entro il termine di decadenza triennale previsto per l'accertamento da parte dell'Amministrazione finanziaria (art. 37 del D.P.R. n. 642 del 1972).

Ai fini della validità della domanda e delle dichiarazioni sostitutive deve essere allegata la fotocopia di un documento di identità o di riconoscimento equipollente in corso di validità.

Le Aziende U.S.L. provvederanno a predisporre le graduatorie aziendali che verranno rese pubbliche sull'Albo Pretorio on line.

Per l'assegnazione degli incarichi secondo la riserva prevista dall'art. 34, comma 13, vigente ACN, la Regione unificherà le suddette graduatorie aziendali e pertanto i medici che hanno presentato domanda saranno inseriti in un'unica graduatoria regionale pubblicata sul portale Sanità della Regione Abruzzo nel Canale Assistenza Territoriale (<http://sanita.regione.abruzzo.it/canale-assistenza-territoriale/medicina-convenzionata>).

Le Aziende USL provvederanno alla convocazione dei medici aventi titolo con un preavviso di quindici giorni e al conferimento degli incarichi secondo le modalità di cui all'art. 34 del vigente ACN.

Il medico interpellato deve, a pena di decadenza, dichiarare l'incarico che accetta o rinunciare all'assegnazione.

La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico. Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare mediante posta elettronica certificata (PEC), la propria disponibilità all'accettazione indicando l'ordine di priorità tra gli incarichi per i quali ha presentato domanda. Qualora l'interessato abbia concorso per incarichi rilevati da più di una Azienda USL, l'ordine di priorità per l'accettazione dovrà contenere tutte le sedi (delle diverse ASL) per le quali si intende procedere all'accettazione, secondo la preferenza del candidato.

La PEC deve pervenire alle Aziende UU.SS.LL. perentoriamente entro le ore 12:00 del giorno precedente la data fissata per la riunione inerente all'assegnazione degli incarichi. In tal caso gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli indicati. Il medico che accetta l'incarico non può partecipare all'assegnazione di incarichi pubblicati nel corso dello stesso anno.

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'articolo 21 devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

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 di 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".

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 assegnazione degli incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria.

AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI

incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria

AZIENDA USL AVEZZANO SULMONA L'AQUILA

	N. INCARICHI
L'Aquila	5
Monte reale	2
Navelli	2
Rocca di Mezzo	4
San Demetrio Ne' Vestini	3
Tornimparte	4
Avezzano	2

Balsorano	4
Carsoli	4
Celano	2
Civitella Roveto	3
Pescina	2
Tagliacozzo	3
Trasacco	2
Castel di Sangro	3
Castelvecchio Subequo	3
Pescasseroli	4
Pescocostanzo	4
Pratola Peligna	2
Scanno	2
Sulmona	3
“Numero Unico della C. A.”	3

AZIENDA USL LANCIANO VASTO CHIETI

	N. INCARICHI
Circoscrizione di Casoli	1
Circoscrizione d Fossacesia	4
Circoscrizione di Lama Dei Peligni	2
Circoscrizione di Pizzoferrato	2
Circoscrizione di Torricella Peligna	3
Circoscrizione di Villa Santa Maria	3
Circoscrizione di Lanciano	5
Circoscrizione di Ortona	1
Circoscrizione di Miglianico	1
Circoscrizione di Vasto	3
Circoscrizione di San Salvo	5
Circoscrizione di Palmoli	3
Circoscrizione di Castiglione Messer Marino	4
Circoscrizione di Celenza Sul Trigno	4
Circoscrizione di Gissi	3

Circoscrizione di Casalbordino 3

AZIENDA USL PESCARA

N. INCARICHI

Penne 3

Montesilvano 5
(di cui n. 1 disponibile dal 04/07/2024)

Torre dé Passeri 1

Città Sant'Angelo 1

Bussi sul Tirino 2

Loreto Aprutino 1

Pescara 3

Caramanico 2

Civitella Casanova 1

Spoltore 1

Cepagatti 1

San Valentino in Abruzzo Citeriore 2
(disponibili n. 1 dal 14/04/2024 e n. 1 dal 05/08/2024)

Manoppello 2

AZIENDA USL TERAMO

N. INCARICHI

D.S.S. TERAMO - n. 7 incarichi di cui:

Sede di Teramo (Circoscrizione Teramo) 3

Centrale Numero Unico 4

D.S.S. MONTORIO AL VOMANO - n. 4 incarichi di cui:

Sede di Montorio al Vomano (Circoscrizione Montorio al Vomano/Tossicia) 4

D.S.S. ROSETO DEGLI ABRUZZI - n. 2 incarichi di cui:

Sede di Mosciano Sant'Angelo (Circoscrizione di Mosciano/Bellante) 1

Sede di Roseto degli Abruzzi (Circoscrizione di Roseto/Morro d'Oro) 1

D.S.S. VAL VIBRATA - n. 9 incarichi di cui:

Sede di Tortoreto (Circoscrizione Alba Adriatica - Tortoreto) 3

Sede di Martinsicuro (Circoscrizione Martinsicuro – Colonnella – Controguerra) 3

Sede di Sant'Egidio alla Vibrata (Circoscrizione di Sant'Egidio alla Vibrata
Ancarano – Civitella) **3**

D.S.S. ATRI - n. 4 incarichi di cui:

Sede di Bisenti (Circoscrizione Bisenti – Arsita – Castiglione M.R. - Montefino) **3**

Sede di Pineto - Silvi (Circoscrizione Pineto – Silvi) **1**

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Dott.ssa Barbara Morganti

(f.to digitalmente)

Il presente avviso è consultabile sul portale Sanità della Regione Abruzzo nel Canale Assistenza Territoriale (<http://sanita.regione.abruzzo.it/canale-assistenza-territoriale/medicina-convenzionata>) e sul B.U.R.A. (<http://bura.regione.abruzzo.it/>).

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 _____; (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110);

2. di essere iscritto all'Ordine dei medici di _____;

3. di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria / continuità assistenziale presso l'Azienda USL di _____

_____ della Regione _____ dal _____

indicando di seguito eventuali periodi di sospensione dall'incarico:

dal _____ al _____;

dal _____ al _____;

4. di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato nella continuità assistenziale:

dal _____ al _____ ASL _____

Regione _____;

dal _____ al _____ ASL _____

Regione _____;

dal _____ al _____ ASL _____

Regione _____;

5. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679.

Allega:

- modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta di bollo (allegato D)

- atto sostitutivo di notorietà (allegato E);

- copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo PEC:

Data _____

firma per esteso

INCARICO		INCARICO	
----------	--	----------	--

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 _____ (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110);
2. di essere iscritto all'Ordine dei medici di _____;
3. di essere iscritto nella graduatoria valvole per l'anno 2024 con punti _____ e che alla data di scadenza della presentazione della domanda di inserimento/integrazione titoli nella graduatoria (31.01.2023) non era titolare in incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale;
4. di essere residente nel Comune di _____ dal _____ a tutt'oggi;
5. precedenti residenze:
dal _____ al _____ Comune di _____ Prov _____;
dal _____ al _____ Comune di _____ Prov _____;
dal _____ al _____ Comune di _____ Prov _____;
6. di essere in possesso del Diploma di formazione specifica in medicina generale conseguito presso la Regione _____ in data _____;
7. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679.

Chiede, ai sensi dell'art. 63, comma 13, dell'A.C.N. per la Medicina Generale di poter accedere alla riserva di assegnazione come appresso indicato (barrare una sola casella):

- riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale;
- riserva per i medici in possesso del titolo equipollente.

Allega:

- modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta di bollo (allegato D)
- atto sostitutivo di notorietà (allegato E);

- copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo PEC:

Data _____

firma per esteso

INCARICO		INCARICO	
INCARICO		INCARICO	

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 _____ (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110);
2. di essere iscritto all'Ordine dei medici di _____;
3. di aver acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale presso la Regione _____ in data _____;
4. di essere residente nel Comune di _____ (Prov. _____) dal _____;
5. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679.

Allega:

- modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta di bollo (allegato D)
- atto sostitutivo di notorietà (allegato E);
- copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).

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

Data _____

firma per esteso

Allegato D)

**MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO
DOVUTA PER LA PRESENTAZIONE DI ISTANZE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**

SPAZIO PER MARCA DA BOLLO

da annullare con data e firma

Il/La sottoscritto/a Dott. _____

nato/a a _____ prov. _____

il ____/____/____ codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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 dicembre 2000, n. 445, ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

D I C H I A R A

- di aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo dovuta per l'istanza di partecipazione all'assegnazione degli incarichi di ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria individuati per l'anno 2024 presso le Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo con la marca da bollo sopra apposta e annullata.
- di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini di successivi controlli.

Firma leggibile

Luogo e data _____

AVVERTENZE

1. Il presente modulo, provvisto della marca da bollo (annullata secondo le indicazioni di cui al punto 2), deve essere debitamente compilato e sottoscritto con firma autografa del dichiarante e deve essere allegato alla domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria individuati per l'anno 2024 presso le Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo.
2. La marca da bollo, applicata nell'apposito spazio, dovrà essere annullata tramite l'apposizione della data e la firma sulla stessa e parte del modulo.
3. **Il codice identificativo della marca da bollo a 14 cifre deve essere riportato nell'apposito spazio posto in alto a sinistra del modulo di domanda.**

Allegato E)

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il/La sottoscritto/a Dott. _____
nato/a a _____ (____) il _____
residente in _____ Via/Piazza
_____ n° _____ iscritto all'albo
dei _____
della provincia di _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445

dichiara formalmente di

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" e "B" 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 (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)
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 medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria, 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. 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 _____

15. 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: _____

16. 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 _____

17. 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 _____

18. operare / non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro 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 _____

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 Decreto Legislativo n. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 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.

In fede

data _____

Firma _____

(1) - **cancellare la parte che non interessa**

(2) - **completare con le notizie richieste**, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce " NOTE "

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. del 28 dicembre 2000, n. 445, le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica o ai gestori o esercenti di pubblici servizi sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.