

Avviso, Allegato 1), parte integrante della determinazione n. DG1/16 del 21.06.2011 del Dirigente del Servizio Assistenza Sanitaria di Base e Specialistica.

**Ambiti territoriali carenti di pediatri di libera scelta presso le Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo. Art. 33 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta. I° semestre 2011.**

Entro 15 giorni a decorrere dal giorno successivo alla data di pubblicazione del presente Avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo, i Pediatri interessati possono presentare domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi - per trasferimento o per graduatoria - secondo i fac-simile allegati (A - B), compilando altresì l'allegato C.

Fa fede il timbro a data dell'Ufficio Postale accettante.

La domanda, **in bollo (€ 14.62)**, deve essere inviata esclusivamente alla Azienda U.S.L. di Pescara, tramite Raccomandata A.R., riportando sulla busta la dicitura "domanda per la partecipazione alle zone carenti di pediatria".

Le Aziende UU.SS.LL. provvederanno alla predisposizione delle graduatorie, alla convocazione dei medici aventi titolo, all'assegnazione degli ambiti territoriali vacanti secondo le modalità di cui all'art. 34 dell'ACN per la pediatria.

Possono concorrere al conferimento degli incarichi:

a) per trasferimento (Allegato A)

I pediatri che risultano già iscritti in uno degli elenchi dei pediatri convenzionati per la pediatria di libera scelta della Regione Abruzzo da almeno tre anni e quelli già inseriti in un elenco di pediatria di altra Regione, da almeno cinque anni e che, al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività, a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, eccezione fatta per attività di continuità assistenziale.

L'art. 33, comma 7, del vigente A.C.N. prevede che l'anzianità di iscrizione negli elenchi per l'assegnazione per trasferimento sia determinata dall'anzianità complessiva di iscrizione negli elenchi dei pediatri di libera scelta, detratti i periodi di eventuale cessazione dall'incarico.

b) per graduatoria (Allegato B)

I pediatri inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno 2011 (pubblicata sul B.U.R.A. n. 81 Ordinario del 29 dicembre 2010).

Ai sensi dell'art. 33, comma 8, A.C.N. il pediatra che accetta l'incarico è cancellato dalla graduatoria regionale di pediatria di libera scelta valida per l'anno in corso.

Ai sensi dell'art.13 del D. Lgs 30 giugno 2003, n. 196 ed in relazione ai dati personali richiesti si informa 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 Pediatri di Libera scelta.

**AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI**

Zone carenti di pediatria di libera scelta

n. zone carenti

**AZIENDA USL PESCARA**

ambito territoriale di Montesilvano

1

Il presente avviso è consultabile sul Portale della Direzione Sanità (<http://sanitab.regione.abruzzo.it/>) nell'area "Operatori SSN" sezione "Medicina convenzionata".

**Allegato A)**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DI INCARICHI NEGLI AMBITI TERRITORIALI  
CARENTI DI ASSISTENZA PEDIATRICA  
(per trasferimento)**

Marca da bollo € 14,62

RACCOMANDATA A.R.

Al Direttore Generale  
Azienda U.S.L. di Pescara  
Via Renato Paolini, 47  
65124 PESCARA

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n.  
\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_, cell. \_\_\_\_\_

titolare di incarico a tempo indeterminato per la pediatria di libera scelta

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

secondo quanto previsto dall'art. 33, comma 2, lett. a) e a1), dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta del 15 dicembre 2005 integrato con l'A.C.N. del 29 luglio 2009 per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza pediatrica pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, come di seguito indicato:

ASL di Pescara Ambito territoriale di Montesilvano (PE)

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

**DICHIARA**

1. di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatra di libera scelta presso l'Azienda USL \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ ambito territoriale \_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ (G/M/A);
2. di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatra di libera scelta:  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso ASL \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso ASL \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso ASL \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso ASL \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_  
(detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico)

Allega dichiarazione sostitutiva di atto notorio.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo:

---

Data

.....

Firma

.....

La sottoscrizione della domanda 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 ALL' ASSEGNAZIONE  
DI INCARICHI NEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PEDIATRICA  
(per graduatoria)

Marca da bollo € 14,62

RACCOMANDATA A.R.

Al Direttore Generale  
Azienda U.S.L. di Pescara  
Via Renato Paolini, 47  
65124 PESCARA

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ Prov.  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel.  
\_\_\_\_\_, cell. \_\_\_\_\_, inserito nella graduatoria regionale  
per la pediatria di libera scelta valida per l'anno 2011, laureato dal \_\_\_\_\_, con  
voto \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA**

secondo quanto previsto dall'art. 33, comma 2, lett. b), dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta del 15 dicembre 2005 integrato con l'A.C.N. del 29 luglio 2009 per l'assegnazione degli incarichi negli ambiti territoriali carenti di assistenza pediatrica pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, come di seguito indicato:

ASL di Pescara Ambito territoriale di Montesilvano (PE)

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

**DICHIARA**

1. di essere iscritto nella graduatoria regionale per la pediatria di libera scelta valevole per il 2011 con punti..... e che alla data di scadenza per la presentazione della domanda di inserimento/integrazione titoli nella graduatoria (31.01.2010) non era titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria;
2. di essere residente nel Comune di.....dal.....(giorno/mese/anno) a tutt'oggi;  
- precedenti residenze:  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_
3. di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta.

Allega dichiarazione sostitutiva di atto notorio.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo:

---

Data

Firma

---

---

La sottoscrizione della domanda 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).

## DICHIARAZIONE INFORMATIVA

(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il sottoscritto Dott..... nato a ..... il .....  
residente in ..... Via/Piazza ..... n. .... iscritto  
all'Albo dei ..... della Provincia di ..... ai sensi e agli effetti dell'art. 4,  
legge 4 gennaio 1968, n. 15

### DICHIARA FORMALMENTE DI

- 1) 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 .....
- 2) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 29.07.2009, con massimale di n. .... scelte e con n. .... scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di ..... A.S.L. ....  
Periodo: dal .....
- 3) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno: (2)  
A.S.L. .... branca ..... ore sett. ....  
A.S.L. .... branca ..... ore sett. ....
- 4) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)  
Provincia ..... branca ..... Periodo: dal .....
- 5) 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 ..... A.S.L. .... ore sett. ....  
In forma attiva – in forma di disponibilità (1)
- 6) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78: (2)  
Organismo ..... ore sett. .... Via ..... Comune di .....  
..... Tipo di attività .....  
Tipo di rapporto di lavoro ..... Periodo: dal .....
- 7) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78: (2)  
Organismo ..... ore sett. .... Via ..... . . . . . Comune di .....  
..... Tipo di attività .....  
Tipo di rapporto di lavoro ..... Periodo: dal .....

- 8) svolgere /non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della Legge 626/93  
 Azienda.....ore sett. ....Via..... Comune di ..... Periodo: dal .....
- 9) 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 .....
- 10)fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:  
 Periodo: dal .....
- 11) svolgere/non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna) .....  
 Periodo: dal .....
- 12) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi soggetto pubblico (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3, o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6):  
 Soggetto pubblico .....Via .....  
 Comune di ..... Tipo di attività ..... Tipo di rapporto di lavoro ..... Periodo: dal .....
- 13) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a carico di: (2)  
 .....  
 Periodo: dal .....
- 14) fruire/non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita: (2) soggetto erogante il trattamento di adeguamento ..... 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 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"

(La sottoscrizione non va autenticata ai sensi dell'art. 38, del D.P.R. 445/2000).

Per rendere valida la dichiarazione sostitutiva è sufficiente allegare la fotocopia del documento di identità.

Avviso, Allegato 1), parte integrante della determinazione n. DG1/17 del 21.06.2011 del Dirigente del Servizio Assistenza Sanitaria di Base e Specialistica.

**Ambiti territoriali carenti di assistenza primaria presso le Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo. Art. 34 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale. I° semestre 2011.**

Entro 15 giorni dalla data di pubblicazione del presente Avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione i medici interessati possono presentare domanda di partecipazione all'assegnazione degli ambiti territoriali vacanti - per trasferimento o per graduatoria - secondo i fac-simile allegati (A - B), compilando altresì l'allegato C. Fa fede il timbro a data dell'Ufficio Postale accettante.

La domanda, in bollo (€ 14,62), deve essere inviata esclusivamente alle Aziende UU.SS.LL., tramite Raccomandata A.R., riportando sulla busta la dicitura "domanda per la partecipazione alle zone carenti di assistenza primaria".

Le Aziende UU.SS.LL. provvederanno alla predisposizione delle graduatorie, alla convocazione dei medici aventi titolo, all'assegnazione degli ambiti territoriali vacanti secondo le modalità di cui all' art. 34 dell'ACN per la medicina generale.

L' accettazione dell'incarico formulata tramite telegramma deve pervenire perentoriamente alle Aziende UU.SS.LL. entro le ore 12.00 del giorno precedente la data fissata per la riunione inerente l'assegnazione degli incarichi presso la Regione Abruzzo - Direzione Politiche della Salute.

Ai sensi dell'art.13 del D. Lgs 30 giugno 2003, n. 196 ed in relazione ai dati personali richiesti si informa 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.

Possono concorrere al conferimento degli incarichi :

**a) per trasferimento:**

I medici che risultano già iscritti in uno degli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza primaria in una Azienda U.S.L. della Regione Abruzzo (da almeno due anni nel medesimo elenco di provenienza) e quelli inseriti in un elenco di assistenza primaria di altra Regione (da almeno quattro anni nel medesimo elenco di provenienza) e che, al momento dell'attribuzione del nuovo incarico, non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale.

I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento.

Il medico che accetta l'incarico per trasferimento decade dall' incarico detenuto nell'ambito territoriale di provenienza e viene cancellato dal relativo elenco.

**b) per graduatoria:**

I medici iscritti nella graduatoria definitiva regionale per la medicina generale - settore di assistenza primaria - valevole per l'anno 2011 (pubblicata sul B.U.R.A. n. 28 Speciale Sanità del 29.04.2011). Per l'assegnazione delle zone carenti - fatta salva l'assegnazione preliminare per trasferimento - la riserva è definita nel modo seguente:

- 67% a favore dei medici in possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale;
- 33 % a favore dei medici in possesso di titolo equipollente.



Gli aspiranti all'assegnazione degli ambiti territoriali carenti possono concorrere esclusivamente per una delle riserve di assegnazione.

I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento ( art. 15, comma 11 dell'A.C.N. per la medicina generale).

Si fa presente che, ai sensi dell'art. 34, comma 8, dell'ACN per la medicina generale, il medico che accetta l'incarico è cancellato dalla graduatoria regionale e di settore valida per l'anno in corso.

### **AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI**

Zone carenti di assistenza primaria n. zone carenti

#### **AZIENDA USL1 AVEZZANO SULMONA L'AQUILA**

Ambito territoriale di Tornimparte	2
Ambito territoriale di Barisciano	1
Ambito territoriale di Castel di Sangro – Alfedena - Ateleta – Scontrone	1

#### **AZIENDA USL LANCIANO VASTO CHIETI**

Ambito territoriale Distretto sanitario di Base di Vasto con obbligo di apertura studi medici nel Comune di Vasto	2
Ambito territoriale Distretto sanitario di Base di Fossacesia con obbligo di apertura studio medico nel Comune di Fossacesia	1
Ambito territoriale Distretto sanitario di Base di Casalbordino con obbligo di apertura studio medico nel Comune di Casalbordino	1

#### **AZIENDA USL PESCARA**

Ambito territoriale Cepagatti - Nocciano - Rosciano	1
Ambito territoriale Montesilvano – Cappelle sul Tavo	1
Ambito territoriale di Pescara	1

**IL DIRIGENTE**  
Dott. Nicola Allegrini

Il presente avviso è consultabile sul Portale della Direzione Sanità (<http://sanitab.regione.abruzzo.it/>) nell'area "Operatori SSN" sezione "Medicina convenzionata".

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE  
DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA  
( per trasferimento )**

Marca da bollo € 14,62  
RACCOMANDATA A.R.

Al Direttore Generale  
Azienda U.S.L. di \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ a far data dal \_\_\_\_\_ e residente nel territorio della  
Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_, titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza  
primaria presso la Azienda Sanitaria locale n. \_\_\_ di \_\_\_\_\_, per l'ambito territoriale di  
\_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ e con anzianità  
complessiva di assistenza primaria pari a mesi \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

Secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale 23.03.2005 e s.m.i., per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'Assistenza Primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, e segnatamente per i seguenti ambiti :

Ambito \_\_\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_  
Ambito \_\_\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_  
Ambito \_\_\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_  
Ambito \_\_\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_  
Ambito \_\_\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_  
Ambito \_\_\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_  
Ambito \_\_\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'art. 34, comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale e l'anzianità complessiva di incarico in Assistenza Primaria :  
allegati n. \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza  
 il domicilio sotto indicato:

c/o \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ firma per esteso \_\_\_\_\_

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE  
DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA  
( per graduatoria )**

Marca da bollo € 14,62  
RACCOMANDATA A.R.

Al Direttore Generale  
Azienda U.S.L. di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel.  
\_\_\_\_\_ a far data dal \_\_\_\_\_ A.S.L. di residenza \_\_\_\_\_ e  
residente nel territorio della Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_, inserito nella  
graduatoria di settore valida per l'anno 2011, laureato dal \_\_\_\_\_, con voto \_\_\_\_\_

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

Secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale 23.03.2005 e s.m.i., di assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'Assistenza Primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito _____	Ambito _____
Ambito _____	Ambito _____
Ambito _____	Ambito _____
Ambito _____	Ambito _____
Ambito _____	Ambito _____

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'art. 16, commi 7 e 8, dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale di poter accedere alla riserva di assegnazione come appresso indicato (barrare una sola casella, in caso di barratura di entrambe le caselle o in mancata indicazione della riserva prescelta, la domanda NON potrà essere valutata):

- riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo 256/91 o 277/2003 (articolo 16, comma 7, lettera a);
- riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (articolo 16, comma 7, lettera b);

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

c/o \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.

Data \_\_\_\_\_ firma per esteso \_\_\_\_\_

**AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato 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) - 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 \_\_\_\_\_
- 2) - 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 \_\_\_\_\_
- 3) - 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 \_\_\_\_\_
- 4) - 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 \_\_\_\_\_
- 5) - essere / non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni : (2)  
 provincia \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_  
 periodo : dal \_\_\_\_\_
- 6) - avere / non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, Decreto Legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni:  
 Azienda \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
 Tipo di attività \_\_\_\_\_  
 periodo : dal \_\_\_\_\_
- 7) - 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)
- 8) - 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 \_\_\_\_\_

- 9) - 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 \_\_\_\_\_

- 10)- 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 \_\_\_\_\_

- 11) - svolgere / non svolgere ( 1 ) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della Legge 626/93 :

Azienda \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Periodo : dal \_\_\_\_\_

- 12) - 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 \_\_\_\_\_

- 13) - 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 \_\_\_\_\_

- 14) - 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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- 15) - fruire /non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale :

Periodo : dal \_\_\_\_\_

- 16)- svolgere /non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso 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 ai nn. 1 ,2 ,3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5 ,6 , 7) :

Soggetto pubblico -----

Via ----- Comune di -----

Tipo di attività -----

Tipo di rapporto di lavoro -----

Periodo : dal -----  
-----

19) - essere / non essere titolare (1) di trattamento di pensione a carico di : (2)

-----  
Periodo : dal -----  
-----

20) - fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2)

soggetto erogante il trattamento pensionistico -----

Pensionato 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 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, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata, insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure mezzo posta.