



BOLLETTINO UFFICIALE

della REGIONE ABRUZZO



Direzione, Redazione e Amministrazione: Ufficio BURA

Speciale Sanità n. 2 del 09 Gennaio 2013

Vendita e Informazioni

UFFICIO BURA

L'AQUILA

Via Salaria Antica est n° 27

- edificio B2 -

Località S. Antonio - Pile

Bura: Tel. 0862/364211- 364221- Fax. 0862/364219

Sito Internet: <http://bura.regione.abruzzo.it>

e-mail: bura@regione.abruzzo.it

Servizi online: Tel. 0862/364702 - 364223 - 364222

dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 13.00 ed il martedì e giovedì pomeriggio dalle 15.30 alle 17.30

Avviso per gli abbonati

In applicazione della L.R. n. 51 del 9.12.2010 il Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo dall' 1.1.2011 viene redatto in forma digitale e diffuso gratuitamente in forma telematica, con validità legale. Gli abbonamenti non dovranno pertanto più essere rinnovati.

Il Bollettino Ufficiale viene pubblicato nei giorni di Mercoledì e Venerdì

Articolazione del BURAT

Il BURAT serie "ORDINARIO" si articola in due parti:

PARTE PRIMA

- a) Lo Statuto regionale e le leggi di modifica dello Statuto, anche a fini notiziali ai sensi dell'articolo 123 della Costituzione;
- b) le leggi ed i regolamenti regionali e i testi coordinati;
- c) il Piano regionale di sviluppo ed i relativi aggiornamenti, il Documento di Programmazione Economica e Finanziaria nonché tutti gli atti di programmazione degli organi di direzione politica disciplinati dalla normativa regionale in materia di programmazione;
- d) gli atti relativi ai referendum da pubblicarsi in base alle previsioni della normativa in materia;
- e) le sentenze e ordinanze della Corte costituzionale relative a leggi della Regione Abruzzo o a leggi statali o a conflitti di attribuzione coinvolgenti la Regione Abruzzo, nonché le ordinanze di organi giurisdizionali che sollevano questioni di legittimità di leggi della Regione Abruzzo e i ricorsi del Governo contro leggi della Regione Abruzzo;
- f) gli atti degli organi politici e di direzione amministrativa della Regione che determinano l'interpretazione delle norme giuridiche o dettano disposizioni per loro applicazione;
- g) le ordinanze degli organi regionali.

PARTE SECONDA

- a) Le deliberazioni adottate dal Consiglio regionale e non ricomprese fra quelle di cui al comma 2;
- b) gli atti di indirizzo politico del Consiglio regionale;
- c) i decreti del Presidente della Giunta regionale concernenti le nomine e gli altri di interesse generale;
- d) i decreti del Presidente del Consiglio regionale concernenti le nomine e gli altri di interesse generale;
- e) i provvedimenti degli organi di direzione amministrativa della Regione aventi carattere organizzativo generale;
- f) gli atti della Giunta regionale e dell'ufficio di Presidenza del Consiglio regionale di interesse generale;
- g) gli atti della Regione e degli enti locali la cui pubblicazione è prevista da leggi e regolamenti statali e regionali;
- h) i bandi e gli avvisi di concorso della Regione, degli enti locali e degli altri enti pubblici e i relativi provvedimenti di approvazione;
- i) i bandi e gli avvisi della Regione, degli enti locali e degli altri enti pubblici per l'attribuzione di borse di studio, contributi, sovvenzioni, benefici economici o finanziari e i relativi provvedimenti di approvazione;
- j) i provvedimenti di approvazione delle graduatorie relative ai procedimenti di cui alle lettere h) e i);
- k) gli atti di enti privati e di terzi che ne facciano richiesta conformemente alle previsioni normative dell'ordinamento.

1. Gli atti particolarmente complessi, i bilanci ed i conti consuntivi, sono pubblicati sui BURAT serie "SPECIALE".
2. Gli atti interni all'Amministrazione regionale sono pubblicati sui BURAT serie "SUPPLEMENTO".
3. I singoli fascicoli del BURAT recano un numero progressivo e l'indicazione della data di pubblicazione.

NOTA:

Le determinazioni direttoriali e dirigenziali per le quali non sia espressamente richiesta la pubblicazione integrale sul BURAT, ancorché non aventi rilevanza esterna o che siano meramente esecutive di precedenti determinazioni, **sono pubblicate per estratto** contenente la parte dispositiva, l'indicazione del servizio competente, il numero d'ordine, la data e l'oggetto del provvedimento.

Sul Bollettino Ufficiale sono altresì pubblicati tutti i testi la cui pubblicazione è resa obbligatoria dall'ordinamento nazionale e comunitario, anche se richiesti da privati.

Sommario

PARTE II

AVVISI, CONCORSI, INSERZIONI

Ambito territoriale carente di pediatria di libera scelta individuato alla data del 1° settembre 2012 dall'Azienda U.S.L. di Pescara. Art. 33 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta. 4

Incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al 1° settembre 2012 dalla A.S.L.2 Lanciano Vasto Chieti. Art. 92 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale. 11

Ambiti territoriali carenti di assistenza primaria rilevati al 1° settembre 2012 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. 20

PARTE II
AVVISI, CONCORSI, INSERZIONI

AVVISI

DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE
SERVIZIO ASSISTENZA SANITARIA DI BASE E
SPECIALISTICA

Allegato 1)

Avviso parte integrante della determinazione n. DG1/52 del 13 dicembre 2012.

Ambito territoriale carente di pediatria di libera scelta individuato alla data del 1° settembre 2012 dall'Azienda U.S.L. di Pescara. Art. 33 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta.

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 alla zona carente di pediatria".

L' Azienda U.S.L. provvederà alla predisposizione della graduatoria, 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:

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.

per graduatoria (Allegato B)

I pediatri inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno 2012 (pubblicata sul B.U.R.A. n. 77 Speciale Sanità del 7 dicembre 2011).

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
A.S.L. PESCARA	
ambito territoriale Penne	1

Il Dirigente del Servizio
Assistenza Sanitaria di Base e Specialistica
Dott. Nicola Allegrini

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. 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:

Azienda USL Pescara ambito territoriale PENNE.

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

- 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);
- di essere stato precedentemente titolare di incarico 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 (allegato C).

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).

Allegato B)

**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. Avezzano Sulmona L'Aquila
Via Saragat - località Campo di Pile
67100 L'AQUILA

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 2012, (B.U.R.A. n. 77 Speciale Sanità del 7 dicembre 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 Pescara ambito territoriale PENNE.

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

- di essere iscritto nella graduatoria regionale per la pediatria di libera scelta valevole per il 2012 con punti _____ e che alla data di scadenza per la presentazione della domanda di inserimento/integrazione titoli nella graduatoria (31.01.2011) non era titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria;
- di essere residente nel Comune di _____ da _____ (g/m/a) a tutt'oggi;
- precedenti residenze:
dal _____ al _____ Comune di _____ prov. _____
dal _____ al _____ Comune di _____ prov. _____
dal _____ al _____ Comune di _____ prov. _____
- 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).

Allegato C)

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. 47 del D.P.R.
28 dicembre 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 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.

DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE
SERVIZIO ASSISTENZA SANITARIA DI BASE
E SPECIALISTICA

Allegato 1)

Avviso parte integrante della determinazione
n. DG1/53 del 13 dicembre 2012.

**Incarichi vacanti di emergenza sanitaria
territoriale individuati al 1° settembre
2012 dalla A.S.L.2 Lanciano Vasto Chieti.
Art. 92 dell'Accordo Collettivo Nazionale
per la disciplina dei rapporti con i
medici di medicina generale.**

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 incarichi, per
trasferimento o per graduatoria, secondo i
facsimile allegati (A - B) compilando altresì
l'allegato C.

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

La domanda deve essere inviata al
Direttore Generale della ASL2 Lanciano
Vasto Chieti in relazione all'incarico
vacante pubblicato, tramite Raccomandata
A.R., riportando sulla busta la dicitura
"domanda per la partecipazione agli
incarichi vacanti di emergenza sanitaria
territoriale".

La ASL Lanciano Vasto Chieti provvederà
alla predisposizione della graduatoria, alla
convocazione dei medici aventi titolo,
all'assegnazione dell'incarico vacante
secondo le modalità di cui all'art. 92
dell'ACN per la medicina generale.

L'accettazione dell'incarico formulata
tramite telegramma deve pervenire
perentoriamente alla A.S.L. entro le ore
12.00 del giorno precedente la data fissata
per la riunione inerente l'assegnazione
degli incarichi presso la Direzione Politiche
della Salute.

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo
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 titolari di incarico a tempo
indeterminato per l'emergenza sanitaria
territoriale nelle Aziende UU.SS.LL., anche
diverse, della Regione Abruzzo o in
Aziende UU.SS.LL. di altre Regioni, anche
diverse, a condizione che risultino titolari
rispettivamente da almeno un anno o da
almeno due anni nell'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 si
approssimano alla unità più vicina. In caso
di disponibilità di un solo posto per questo
può essere esercitato il diritto di
trasferimento.

b) per graduatoria:

i medici iscritti nella graduatoria regionale
per la medicina generale - settore di
emergenza sanitaria territoriale - valevole
per il 2012 (pubblicata sul B.U.R.A. n. 24
Speciale Sanità del 28.03.2012) con
priorità per:

medici già incaricati a tempo
indeterminato presso la stessa A.S.L. nel
servizio di continuità assistenziale, di cui al
Capo III, A.C.N. per la medicina generale;

medici incaricati a tempo indeterminato di
continuità assistenziale nell'ambito della
stessa Regione, con priorità per quelli
residenti nell'ambito della Azienda U.S.L.
da almeno un anno antecedente la data di
pubblicazione dell'incarico vacante;

medici inseriti nella graduatoria regionale,
con priorità per quelli residenti nell'ambito
della Azienda U.S.L. da almeno un anno

antecedente la data di pubblicazione dell'incarico vacante.

I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.

Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti pubblicati i medici in possesso dell'attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza di apposito corso di formazione previsto dall'art. 96 del vigente Accordo Collettivo Nazionale.

Si fa presente che, ai sensi dell'art. 92, comma 10, dell'ACN per la medicina

generale, il medico che accetta l'incarico è cancellato dalla graduatoria regionale di settore vigente.

AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI	n. incarichi
ASL2 LANCIANO VASTO CHIETI	
Itineranti	2

Il Dirigente del Servizio
Assistenza Sanitaria di Base e Specialistica

Dott. Nicola Allegrini

Allegato A)

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

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

Al Direttore Generale
A.S.L.2 Lanciano Vasto Chieti
Via dei Martiri Lancianesi, 17/19
66100 CHIETI

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ codice fiscale _____ residente a
_____ prov. _____ via _____ n. _____ CAP _____
tel. _____ cell _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 5, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione _____ n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

ASL _____ Incarico _____
ASL _____ 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 _____;
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 determinato di emergenza sanitaria territoriale:
dal _____ al _____ ASL _____ Regione _____;
dal _____ al _____ ASL _____ Regione _____;
dal _____ al _____ ASL _____ Regione _____;
5. 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 _____;
6. di essere/non essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale.

Allega dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato C).

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

Data _____

firma per esteso _____

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).

Allegato B)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**
(per graduatoria)

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

Al Direttore Generale
Azienda U.S.L. Lanciano Vasto Chieti
Via dei Martiri Lancianesi, 17/19
66100 CHIETI

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
Prov. _____ il _____ codice fiscale _____ residente a
_____ prov. _____ via _____ n. _____ CAP
_____ tel. _____ cell. _____ inserito nella graduatoria di settore
valida per l'anno 2012 (B.U.R.A. n. 24 Speciale Sanità del 28.03.2012)

F A D O M A N D A

Secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 5, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo n. _____ del _____, e segnatamente per il seguente incarico:

ASL _____ 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 _____;
2. di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di _____;
3. di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato per l'emergenza sanitaria territoriale;
4. di essere residente nel Comune di _____ dal _____;
5. di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato presso la stessa ASL nel servizio di continuità assistenziale dal _____;
6. di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale nell'ambito della Regione Abruzzo presso la ASL _____ dal _____ al _____;
7. di essere incluso nella graduatoria regionale Abruzzo – settore emergenza sanitaria territoriale – per l'anno 2012;
8. di essere/non essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale.

Allega dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato C).

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

Data _____

firma per esteso _____

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 D.P.R. 445/00).

Allegato C)

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 integr.
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. 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.

DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE
SERVIZIO ASSISTENZA SANITARIA DI BASE
E SPECIALISTICA

Allegato 1)

Avviso parte integrante della determinazione
n. DG1/54 del 13 dicembre 2012.

**Ambiti territoriali carenti di assistenza
primaria rilevati al 1° settembre 2012
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.**

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
U.S.L., tramite Raccomandata A.R.,
riportando sulla busta la dicitura
"domanda per la partecipazione alle zone
carenti di assistenza primaria".

Le A.S.L. 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 2012 (pubblicata sul B.U.R.A. n.
24 Speciale Sanità del 28.03.2012). 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
ASL2 LANCIANO VASTO CHIETI	
Ambito territoriale Comune di Chieti	1
Ambito territoriale Comuni di Orsogna – Ari – Arielli - Filetto – Poggiofiorito con obbligo di apertura studi medici nel Comune di Poggiofiorito	1
ASL PESCARA	
Ambito territoriale di Pescara	1
Ambito territoriale di Città S. Angelo – Elice	1
Ambito territoriale di Popoli – Bussi sul Tirino – Tocco da Casauria	1

Il Dirigente del Servizio
Assistenza Sanitaria di Base e Specialistica

Dott. Nicola Allegrini

Allegato A)

**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. _____ titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria.

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 :

ASL _____ Ambito _____

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

6. di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____;
7. di essere iscritto all'Ordine dei medici di _____;
8. di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria presso l'Azienda USL di _____ ambito territoriale _____ della Regione _____ dal _____ (detratti periodi di eventuale sospensione dall'incarico);
9. di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato nell'assistenza primaria:
dal _____ al _____ ASL _____ Regione _____;
dal _____ al _____ ASL _____ Regione _____;
dal _____ al _____ ASL _____ Regione _____;

Allega atto sostitutivo di notorietà (allegato C).

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

Data _____

firma per esteso _____

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).

Allegato B)

**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. _____

inserito nella graduatoria di settore valida per l'anno 2012 (B.U.R.A. n. 24 Speciale Sanità del 28.03.2012)

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:

ASL _____ Ambito _____

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 di _____;
3. di essere iscritto nella graduatoria – settore assistenza primaria – valevole per l'anno 2012 con punti _____ e che alla data di scadenza della presentazione della domanda di inserimento/integrazione titoli nella graduatoria (31.01.2011) non era titolare in incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria;
4. di essere residente nel Comune di _____ dal _____;
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 _____.

Chiede, ai sensi dell'art. 16, commi 7 e 8, 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 (articolo 16, comma 7, lettera b);

Allega atto sostitutivo di notorietà (allegato C).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga al seguente indirizzo:

Data _____ firma per esteso _____

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).

Allegato C)

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, 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.

PALAZZO I. SILONE



**DIREZIONE AFFARI DELLA PRESIDENZA
POLITICHE LEGISLATIVE E COMUNITARIE, PROGRAMMAZIONE,
PARCHI, TERRITORIO, AMBIENTE, ENERGIA
Servizio Verifica Atti del Presidente e della Giunta Regionale,
Legislativo e Bura
UFFICIO BURA**

**DIREZIONE - REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE:
Via Salaria Antica Est - Località S. Antonio - Pile
67100 L'Aquila**

**centralino: 0862 3631
Tel. 0862 36 4211/4221
Fax 0862 36 4219**

**Sito Internet: <http://bura.regione.abruzzo.it>
e-mail: bura@regione.abruzzo.it**