

Allegato 1)

Avviso parte integrante della determinazione n. DPF020/60 del 19 ottobre 2023.

Incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al 1° settembre 2023 dalle Aziende USL della Regione Abruzzo. Art. 63 A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 28.04.2022.

Ai sensi dell'art. 63, comma 3, del vigente ACN nel presente avviso sono pubblicati gli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al 1° settembre 2023 dalle Aziende USL della Regione Abruzzo.

Entro 20 giorni dalla data di pubblicazione del presente Avviso nel Bollettino Ufficiale della Regione (BURAT) i medici interessati possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti presentando, **esclusivamente mediante PEC**, domanda di partecipazione secondo i modelli allegati (A-B-C-D-E), compilando altresì l'allegato G (Autocertificazione informativa) e l'allegato F (Modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta di bollo).

Requisito essenziale per accedere alle procedure di assegnazione degli incarichi è il possesso dell'attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione previsto ai sensi dell'art. 96 del vigente A.C.N.

Ciò premesso in via generale, possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti:

a) per trasferimento (Allegato A): i medici titolari di incarico a tempo indeterminato per l'emergenza sanitaria territoriale in un'Azienda della Regione Abruzzo o in un'Azienda di altra Regione, a condizione che risultino titolari rispettivamente da almeno un anno e da almeno due anni dell'incarico dal quale provengono. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento.

I medici sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato nell'emergenza sanitaria territoriale, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'articolo 22, comma 1, ACN.

In caso di pari posizione sono graduati nell'ordine di minore età, voto di laurea ed anzianità di laurea.

Il medico che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza. La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

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

b) per graduatoria (Allegato B): i medici inclusi nella graduatoria regionale valevole per l'anno 2023 pubblicata nel **B.U.R.A.T. Speciale n. 170 del 30 novembre 2022.**

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

a) punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'articolo 19 A.C.N.;

- b) punti 5 a coloro che nell'Azienda nella quale è vacante l'incarico 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;
- c) punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione 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.

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 vacanti (**Allegato C**).

Tali medici concorrono successivamente ai trasferimenti ed ai medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno 2023 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 nel territorio aziendale, in Regione e da ultimo fuori Regione.

d) **i medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Abruzzo (Allegato D)**.

e) **i medici di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Abruzzo (Allegato E)**.

In caso di mancata assegnazione degli incarichi ai medici di cui alle lettere a), b) e c) possono concorrere al conferimento i medici di cui alla lettera d) ed infine i medici di cui alla lettera e).

I medici di cui alle lettere d) ed e) sono graduati nel rispetto dell'annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima) **a partire dalla data di effettivo inizio del corso**. In caso di pari anzianità sono graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea ed l'anzianità di laurea con priorità di interpello per i residenti nel territorio aziendale, in Regione e da ultimo fuori Regione.

Ai sensi dell'art. 64, ACN, ai medici in formazione cui venga conferito un incarico di emergenza sanitaria territoriale e per i quali la Regione abbia stabilito il mantenimento della frequenza a tempo pieno al Corso di formazione specifica in medicina generale, l'incarico è comunque conferito per 38 ore settimanali. Tuttavia, tali medici ottengono una sospensione parziale dell'attività convenzionale, ai fini giuridici ed economici, pari a 14 ore settimanali. Tale sospensione permane fino alla data di conseguimento del Diploma di formazione specifica in medicina generale.

La domanda, **IN BOLLO**, debitamente compilata e sottoscritta, e i relativi allegati devono essere spediti entro il termine di scadenza di **20 (venti)** giorni dalla data di pubblicazione dell'avviso nel BURAT, 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 VACANTI EST II SEM 2023.

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, possono essere sottoscritti digitalmente nelle forme stabilite dalla legge.

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 G**) 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, per quanto disposto dall'art. 38 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., deve essere allegata la fotocopia di un documento di identità o di riconoscimento equipollente in corso di validità.

Le Aziende USL provvederanno a predisporre le graduatorie che verranno rese pubbliche mediante affissione all'albo aziendale, alla convocazione dei medici aventi titolo con un preavviso di quindici giorni, al conferimento degli incarichi vacanti secondo le modalità di cui agli artt. 63 e 64 del vigente ACN.

Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare la propria accettazione mediante telegramma o PEC, indicando l'ordine di priorità per l'accettazione tra gli incarichi vacanti pubblicati per i quali ha concorso. **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.

Il telegramma o la PEC devono 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.

Si indicano di seguito gli indirizzi delle Aziende USL

Avezzano Sulmona L'Aquila: via Saragat s.n.c. – località Campo di Pile – 67100 L'Aquila (AQ)

Lanciano Vasto Chieti: via dei Vestini s.n.c. - Palazzina N (ex Palazzina SE.BI) - 66100 Chieti (CH)

Pescara: Via Renato Paolini 47 - 65124 Pescara

Teramo: Circ.ne Ragusa n.1 - 64100 Teramo (TE).

ATTENZIONE: I medici che aspirano al conferimento degli incarichi non devono trovarsi nelle condizioni di cui all'art. 21, comma 1, lettere f) e j) dell'ACN 28.04.2022, 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 “quote A e B” 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 del 27.04.16, 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 attribuzione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale.

AZIENDE UNITA’ SANITARIE LOCALI **n. incarichi**

AZIENDA USL AVEZZANO SULMONA L’AQUILA

Area Peligno - Sangrina

sede prevalente presso la postazione di Pescasseroli	2
sede prevalente presso la postazione di Scanno	2
sede prevalente presso la postazione di Campo di Giove	2
sede prevalente presso la postazione di Castel di Sangro	1
sede itinerante tra le postazioni di Scanno e Campo di Giove	1

Area Marsica

sede prevalente presso la postazione di Avezzano	1
sede prevalente presso la postazione di Pescina	1

AZIENDA USL LANCIANO VASTO CHIETI

Itineranti tra le postazioni “118” di Torricella Peligna e Villa Santa Maria con prevalenza sulla postazione di Villa Santa Maria	4
Itineranti tra le Postazioni “118” di Lama dei Peligni e Castiglione Messer Marino con prevalenza sulla postazione di Castiglione Messer Marino	7
Postazione “118” di San Salvo	4

AZIENDA USL PESCARA

Postazione di Penne	1
Postazione di Pianella	1
Postazione di Popoli	2
Postazione di Scafa	2

AZIENDA USL TERAMO

Postazione di Teramo con eventuale completamento orario presso le altre	5
---	----------

Postazioni del sistema “118” su disposizione del Responsabile del Servizio Emergenza Sanitaria Territoriale “118”	
Postazione di Atri, con eventuale completamento orario presso le altre sedi del sistema 118, su disposizione del Responsabile del Servizio Emergenza Territoriale “118”	1
Postazioni di Giulianova/Roseto degli Abruzzi con eventuale completamento orario presso le altre Postazioni del sistema “118” su disposizione del Responsabile del Servizio Emergenza Sanitaria Territoriale “118”	4
Postazione di Sant’Omero con eventuale completamento orario presso le altre Postazioni del sistema “118” su disposizione del Responsabile del Servizio Emergenza Sanitaria Territoriale “118”	1

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
vacante

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO
Dott. Claudio D’ Amario
(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/>).

mendaci, così come previsto dall'art. 76, D.P.R. 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 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 della Provincia di _____;
3. di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale presso l'Azienda USL di _____ della Regione _____ dal ____/____/____;
4. di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale:
dal __/__/____ al __/__/____ ASL _____ Regione _____;
dal __/__/____ al __/__/____ ASL _____ Regione _____;
dal __/__/____ al __/__/____ ASL _____ Regione _____;
dal __/__/____ al __/__/____ ASL _____ Regione _____;
dal __/__/____ al __/__/____ ASL _____ Regione _____;
dal __/__/____ al __/__/____ ASL _____ Regione _____;
5. di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale, rilasciato ai sensi dell'art. 96 dell'ACN 23.03.2005 e s.m.i., conseguito presso l'Azienda USL di _____ in data ____/____/____;
6. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679 del 27.04.16.

Allega:

- modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta di bollo (allegato F)
- atto sostitutivo di notorietà (allegato G);
- 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:

firma per esteso

Data _____

Ai sensi dell'art.38 del DPR 445/00 e dell'art. 65 del D. Lgs. 7 marzo 2005, n. 82, per la validità della domanda e delle dichiarazioni presentate telematicamente alla Pubblica Amministrazione e sottoscritte in forma autografa è necessario che siano prodotte unitamente alla copia di un valido documento di identità.

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 della Provincia di _____;

3. di essere iscritto nella graduatoria regionale valevole per l'anno 2023 con punti _____ e che alla data di scadenza della presentazione della domanda di inserimento nella graduatoria (31.01.2022) non era titolare di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale;

4. di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato per l'emergenza sanitaria territoriale;

5. di essere residente nel Comune di _____ dal _____;

6. precedenti residenze:

dal _____ al _____ Comune di _____ Prov _____;

dal _____ al _____ Comune di _____ Prov _____;

dal _____ al _____ Comune di _____ Prov _____;

7. di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale, rilasciato ai sensi dell'art. 96 dell'ACN 23.03.2005 e s.m.i., conseguito presso l'Azienda USL di _____ in data ____/____/____;

8. 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 del 27.04.16.

Allega:

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

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 in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale, rilasciato ai sensi dell'art. 96 dell'ACN 23.03.2005 e s.m.i., conseguito presso l'Azienda USL di _____ in data ____/____/____;
5. di essere residente nel Comune di _____ (Prov. _____) dal ____/____/____;
6. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679 del 27.04.16.

Allega:

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

POSTAZIONE	
-------------------	--

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

D I C H I A R A

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia 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 frequentare il _____ (indicare l'anno di corso) anno del Corso di formazione specifica in medicina generale relativo al Corso triennale _____/_____ presso la **Regione Abruzzo** iniziato in data ____/____/_____ (**indicare la data in cui il dichiarante ha effettivamente iniziato il corso**);
4. di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale, rilasciato ai sensi dell'art. 96 dell'ACN 23.03.2005 e s.m.i., conseguito presso l'Azienda USL di _____ in data ____/____/_____;
5. di essere residente nel Comune di _____
Prov (____) dal ____/____/_____;
6. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679 del 27.04.16.

Allega:

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

POSTAZIONE	
-------------------	--

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

D I C H I A R A

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia 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 frequentare il _____ (indicare l'anno di corso) anno del Corso di formazione specifica in medicina generale relativo al corso triennale _____/_____ presso la **Regione Abruzzo** iniziato in data ____/____/____ (**indicare la data in cui il dichiarante ha effettivamente iniziato il corso**);
4. di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale, rilasciato ai sensi dell'art. 96 dell'ACN 23.03.2005 e s.m.i., conseguito presso l'Azienda USL di _____ in data ____/____/____;
5. di essere residente nel Comune di _____
Prov (____) dal ____/____/____;
6. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679 del 27.04.16.

Allega:

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

emergenza sanitaria territoriale individuati al 1° settembre 2023 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 G)

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 Abruzzo 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 -----
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.