

## Allegato 1)

**Avviso parte integrante della determinazione n. DPF020/41 del 29 aprile 2025.**

**Incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al 1° marzo 2025 dalle Aziende USL della Regione Abruzzo. Art. 63 A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 4 aprile 2024.**

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° marzo 2025 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 ai sensi dell'art. 63, comma 6, ACN:

**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. Per la valutazione dell'anzianità di incarico il termine finale del calcolo del periodo di anzianità è dato dalla data di presentazione della domanda.

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 2025 pubblicata nel B.U.R.A.T. Speciale n. 209 del 29 novembre 2024.

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

- a) punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'articolo 19 A.C.N. valida per l'anno 2025;
  - 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).
- d) **i medici in possesso del Diploma di formazione specifica in medicina generale, non compresi nella lettera precedente** (Allegato C)
- e) **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).
- f) **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).

Si interpellano, in virtù della categoria di appartenenza, nell'ordine:

- i medici di cui all'art. 63, comma 6, lettera a), ACN;
- i medici di cui all'art. 63, comma 6, lettera b), ACN;
- i medici di cui all'art. 63, comma 6, lettera c), ACN;
- i medici di cui all'art. 63, comma 6, lettera d), ACN;
- i medici di cui all'art. 63, comma 6, lettera e), ACN;
- i medici di cui all'art. 63, comma 6, lettera f), ACN.

I medici di cui alle lettere c) e d) 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.

I medici di cui alle lettere e) ed f) 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 e 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, comma 6, 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 Teramo	cast@pec.aslteramo.it

**L'oggetto della PEC dovrà contenere SOLO la seguente dicitura: DOMANDA INCARICHI VACANTI EST MARZO 2025.**

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 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.

La PEC deve pervenire alle Aziende UU.SS.LL. perentoriamente entro le ore 12:00 del giorno precedente la data fissata per la riunione inerente all'assegnazione degli incarichi.

**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” o che fruiscono dell’Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP) di cui all’Allegato 5 dell’ACN.

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 itinerante tra le postazioni territoriali di Scanno e Campo di Giove	<b>1</b>
sede prevalente presso la postazione territoriale di Scanno	<b>2</b>
sede prevalente presso la postazione territoriale di Campo di Giove	<b>2</b>
sede prevalente presso la postazione territoriale di Pratola Peligna	<b>3</b>
sede prevalente presso la postazione territoriale di Pescasseroli	<b>3</b>
sede prevalente presso la postazione territoriale di Castel di Sangro	<b>3</b>

#### **Area Marsica**

sede prevalente presso la postazione territoriale di Tagliacozzo	<b>3</b>
sede prevalente presso la postazione territoriale di Pescina	<b>2</b>

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

Postazione “118” di Vasto	<b>1</b>
Postazione “118” di Ortona	<b>1</b>
Postazione “118” di Lanciano	<b>1</b>
Postazione “118” di Gissi	<b>2</b>
Postazione “118” di Casoli	<b>2</b>
Postazione “118” di Castiglione Messer Marino	<b>2</b>
Postazione “118” di Atesa	<b>2</b>

### **AZIENDA USL TERAMO**

Sede di Atri, con eventuale completamento orario in altre sedi	<b>2</b>
Sede di Giulianova, con eventuale completamento orario in altre sedi	<b>2</b>
Sede di Sant’Omero, con eventuale completamento orario in altre sedi	<b>2</b>

**LA DIRIGENTE DEL SERVIZIO**

Dott.ssa Barbara Morganti

*(f.to digitalmente)*

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



A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76, 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 di cui all'art. 66 ACN 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.



**Allegato B)**

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

**CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO**

□□□□□□□□□□□□□□□□□□

**Al Direttore Generale**  
**Azienda USL \_\_\_\_\_**

Il/La sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_ nato/a a  
\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice  
fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
cellulare \_\_\_\_\_ Pec: \_\_\_\_\_

inserito nella graduatoria regionale valida per l'anno 2025 (B.U.R.A.T. Speciale n. 209 del 29.11.2024):

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

secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 6, lettera b) dell'A.C.N. per la medicina generale 04.04.2024, di assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/2025, e segnatamente per i seguenti incarichi (indicare separatamente e con precisione gli incarichi per cui si concorre, specificando la postazione fissa o itinerante come da avviso):

<b>POSTAZIONE</b>	
<b>POSTAZIONE</b>	
<b>POSTAZIONE</b>	
<b>POSTAZIONE</b>	
<b>POSTAZIONE</b>	
<b>POSTAZIONE</b>	
<b>POSTAZIONE</b>	

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

**DICHIARA**

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di

\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

con voto \_\_\_\_\_ (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110);

2. di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di \_\_\_\_\_;

3. di essere iscritto nella graduatoria regionale valevole per l'anno 2025 con punti \_\_\_\_\_;

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 di cui all'art. 66 dell'ACN, 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 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

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.

Allegato C)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE  
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**  
(art. 63, comma 6, lettere c) e d), vigente ACN)

**CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Al      Direttore Generale**  
**Azienda USL** \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_ nato/a  
a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
cellulare \_\_\_\_\_ Pec: \_\_\_\_\_ :

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

secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 6, lettere c) e d), A.C.N. per la medicina generale 04.04.2024, di assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, e segnatamente per i seguenti incarichi (indicare separatamente e con precisione gli incarichi per cui si concorre, specificando la postazione fissa o itinerante come da avviso):

<b>POSTAZIONE</b>	
<b>POSTAZIONE</b>	
<b>POSTAZIONE</b>	
<b>POSTAZIONE</b>	
<b>POSTAZIONE</b>	
<b>POSTAZIONE</b>	
<b>POSTAZIONE</b>	

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**

- 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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (**successivamente al 31/01/2024**, data di scadenza per la presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valevole per l'anno 2025);
- in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (**prima del 01/02/2024**, ovvero entro il termine di scadenza per la presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valevole per l'anno 2025);
4. di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale di cui all'art. 66 ACN, 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

\_\_\_\_\_

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.

**Allegato D)**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE  
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**

(medico frequentante il Corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Abruzzo art. 9, comma 1, D.L. 14.12.2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla L. 11.02.2019, n. 12)

**CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO**

□□□□□□□□□□□□□□□□□□

**Al Direttore Generale**  
**Azienda USL** \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_ nato/a a  
\_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
cellulare \_\_\_\_\_ Pec: \_\_\_\_\_ :

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

secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 6, lettera e), ACN per la medicina generale 04.04.2024, di assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/2025, e segnatamente per i seguenti incarichi (indicare separatamente e con precisione gli incarichi per cui si concorre, specificando la postazione fissa o itinerante come da avviso):

<b>POSTAZIONE</b>	
<b>POSTAZIONE</b>	
<b>POSTAZIONE</b>	
<b>POSTAZIONE</b>	
<b>POSTAZIONE</b>	
<b>POSTAZIONE</b>	
<b>POSTAZIONE</b>	

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 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 iniziato il corso**);
4. di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale di cui all'art. 66 dell'ACN, 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  
\_\_\_\_\_

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.



## DICHIARA

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 iniziato il corso**);
4. di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale di cui all'art. 66 dell'ACN, 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

---

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.





**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 \_\_\_\_\_  
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.