

Allegato 1)

Avviso parte integrante della deliberazione n°972/2025 del 26.05.2025

Incarichi vacanti di medico di Assistenza Penitenziaria individuati dalla Azienda USL Lanciano Vasto Chieti, per l'anno 2025, ai sensi dell'art. 72 A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 4 aprile 2024.

Ai sensi dell'art. 72, comma 1, del vigente ACN di categoria, nel presente avviso è pubblicato il seguente elenco degli incarichi vacanti di medico di assistenza penitenziaria della Azienda USL Lanciano Vasto Chieti, per l'anno 2025:

- PSP Chieti:
 - n° 1 incarico, per un impegno di 24 ore settimanali;
- PSP Lanciano:
 - n° 4 incarichi, per un impegno di 24 ore settimanali ciascuno;
- PSP Vasto:
 - n° 5 incarichi, per un impegno di 24 ore settimanali ciascuno.

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

Possono concorrere al conferimento degli incarichi:

a) per trasferimento, i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza penitenziaria da almeno un anno;

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

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

I medici sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato nell'assistenza penitenziaria, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico.

Per la valutazione dell'anzianità di incarico il termine finale del calcolo del periodo di anzianità è dato dalla data di pubblicazione degli ambiti territoriali carenti nel BURA. In caso di pari posizione in graduatoria i medici 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.

b) i medici inclusi nella graduatoria regionale valevole per l'anno 2025 pubblicata nel B.U.R.A. Speciale n. 209 del 29 novembre 2024.

Per l'assegnazione degli incarichi vacanti - fatta salva l'assegnazione preliminare per trasferimento – i medici sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

1. punteggio riportato nella graduatoria regionale valevole per l'anno 2025 pubblicata nel B.U.R.A. Speciale n.209 del 29.11.2024;

2. punti 5 a coloro che nell'Azienda nella quale è vacante l'incarico ad attività oraria per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;
3. punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione Abruzzo da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico.

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

- c) **I medici che abbiano acquisito il Diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso**, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di assegnazione degli incarichi.

Tali medici concorrono successivamente ai trasferimenti, ai medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno 2025 sulla base delle percentuali di riserva sopra indicate, e sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea, con priorità di interpello per i residenti nel territorio aziendale, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

- d) **i medici iscritti al Corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Abruzzo (con borsa di studio), di cui all'art. 9, comma 1, del D.L. n°135/2018, convertito, con modificazioni, dalla L. n. 12/2019.**

Tali medici concorrono successivamente ai medici di cui ai punti precedenti, e sono graduati, nel rispetto dell'annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima), a partire dalla data di effettivo inizio dello stesso. 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 seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

Ai predetti medici l'Azienda attribuisce incarico temporaneo, corrispondendo il trattamento economico di cui all'art. 75. Il Direttore Generale conferisce, poi, l'incarico a tempo indeterminato, con decorrenza dalla data di conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale, previa acquisizione dell'autocertificazione del titolo. Per tutto il periodo di frequenza del corso a tempo pieno, si applica un limite di attività oraria pari a 24 ore settimanali.

- e) **i medici iscritti al Corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Abruzzo (senza borsa di studio), di cui all'art. 12, comma 3, del D.L. n°35/2019, convertito, con modificazioni, dalla L. n. 60/2019.**

Tali medici concorrono successivamente ai medici di cui ai punti precedenti, e sono graduati, nel rispetto dell'annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima), a partire dalla data di effettivo inizio dello stesso. 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 seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

Ai predetti medici l'Azienda attribuisce incarico temporaneo, con corresponsione del trattamento economico di cui all'art. 75. Il Direttore Generale conferisce, poi, l'incarico a tempo indeterminato, con decorrenza dalla data di conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale, previa acquisizione dell'autocertificazione del titolo. Per tutto il periodo di frequenza del corso a tempo pieno, si applica un limite di attività oraria pari a 24 ore settimanali.

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

La domanda, **in bollo**, compilata e debitamente sottoscritta, e i relativi allegati devono essere spediti, a pena di nullità, alla scrivente Aziende U.S.L. in relazione agli incarichi vacanti pubblicati, **esclusivamente a mezzo PEC**, al seguente indirizzo di posta elettronica certificata:

assistenza.base@pec.asl2abruzzo.it

L'oggetto della PEC dovrà contenere SOLO la seguente dicitura: **DOMANDA INCARICHI ASSISTENZA PENITENZIARIA 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 BURA.

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

Inoltre la domanda deve essere in regola con le vigenti norme in materia di imposta di bollo dell'importo di euro 16,00. Ai fini della relativa dimostrazione dovrà essere debitamente compilato, sottoscritto e trasmesso, in allegato alla medesima PEC, il Modulo **Allegato 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 **deve essere allegata la fotocopia di un documento di identità o di riconoscimento equipollente in corso di validità.**

Questa Azienda U.S.L. provvederà a predisporre, secondo quanto sopra esposto, le graduatorie aziendali che verranno rese pubbliche sull'Albo Pretorio on line.

La stessa Azienda provvederà alla convocazione dei medici aventi titolo con un preavviso di quindici giorni e al conferimento degli incarichi secondo le modalità di cui agli artt. 72 e 73 del vigente ACN di categoria.

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

La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico. Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare mediante posta elettronica certificata (PEC), la propria disponibilità all'accettazione, indicando l'ordine di priorità tra gli incarichi per i quali ha presentato domanda. Tale PEC dovrà pervenire entro e non oltre le ore 12.00 del giorno precedente la data fissata per la riunione inerente all'assegnazione degli incarichi. In tal caso gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli indicati. Il medico che accetta l'incarico non può partecipare all'assegnazione di incarichi pubblicati nel corso dello stesso anno.

All'atto dell'assegnazione dell'incarico il medico deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità di cui all'articolo 21 devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

ATTENZIONE: I medici che aspirano al conferimento degli incarichi non devono trovarsi nelle condizioni di cui all'art. 21, comma 1, lettere f) e j) dell'Accordo Collettivo Nazionale del 04.04.2024, ovvero non devono:

- fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15.10.1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni della “quota A e B” del fondo di previdenza generale dell'ENPAM o che fruiscano dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP).

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679, in relazione ai dati personali richiesti, si precisa che tali dati verranno trattati esclusivamente per le finalità e gli adempimenti istituzionali previsti dall'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale per la procedura di assegnazione degli incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria.

Direttore della U.O.C.
Governo Assistenza Sanitaria di Base e Spec.
Dott.ssa Maria Grazia Capitoli
** firmato digitalmente*

Allegato A)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI
DI MEDICO DI ASSISTENZA PENITENZIARIA (per trasferimento)**

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO

□□□□□□□□□□□□□□□□

Al Direttore Generale
ASL Lanciano Vasto Chieti
c/o GASBeS
assistenza.base@pec.asl2abruzzo.it

Il sottoscritto Dott. _____ nato/a a
_____ Prov. _____ il _____ codice
fiscale _____ residente a
_____ prov. _____ via
_____ n. _____ CAP _____ tel.
_____ Pec: _____ titolare di
incarico a tempo indeterminato di medico del ruolo unico di assistenza penitenziaria:

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'art. 72, comma 3, lettera a), del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale per l'assegnazione degli incarichi di assistenza penitenziaria pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo n. _____ del ____/____/2025, e segnatamente per le seguenti sedi:

INCARICO	Presso PSP di _____	N° ore	
INCARICO	Presso PSP di _____	N° ore	
INCARICO	Presso PSP di _____	N° ore	
INCARICO	Presso PSP di _____	N° ore	
INCARICO	Presso PSP di _____	N° ore	

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

DICHIARA

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

in data _____ con voto _____; (specificare se il voto di

laurea è espresso su 100 o 110);

2. di essere iscritto all'Ordine dei medici di _____;
3. di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di medico di Assistenza Penitenziaria presso l'Azienda USL di _____
della Regione _____ dal _____
indicando di seguito eventuali periodi di sospensione dall'incarico:
dal _____ al _____ ;
dal _____ al _____ ;
4. di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato nella Medicina Penitenziaria:
dal _____ al _____ ASL _____
Regione _____ ;
dal _____ al _____ ASL _____
Regione _____ ;
dal _____ al _____ ASL _____
Regione _____ ;
5. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679.

Allega (a pena di nullità):

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

Allegato B)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI
DI MEDICO DI ASSISTENZA PENITENZIARIA (per graduatoria)**

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO

□□□□□□□□□□□□□□□□

Al Direttore Generale
ASL Lanciano Vasto Chieti
c/o GASBeS
assistenza.base@pec.asl2abruzzo.it

Il/La sottoscritto/a Dott. _____

nato/a a _____ Prov. _____ il

_____ codice fiscale _____ residente a

_____ prov. _____

via _____ n. _____ CAP _____ tel.

_____ Pec: _____

_____ inserito nella graduatoria valida per l'anno 2025 (B.U.R.A. Speciale n. 209 del 29.11.2024);

F A D O M A N D A

secondo quanto previsto dall'art. 72, comma 3, lettera b), del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, di assegnazione degli incarichi di assistenza penitenziaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo n. _____ del ____ / ____ / 2025, e segnatamente per le seguenti sedi:

INCARICO	Presso PSP di _____	N° ore	
INCARICO	Presso PSP di _____	N° ore	
INCARICO	Presso PSP di _____	N° ore	
INCARICO	Presso PSP di _____	N° ore	
INCARICO	Presso PSP di _____	N° ore	

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

DICHIARA

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____ (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110);
2. di essere iscritto all'Ordine dei medici di _____;
3. di essere iscritto nella graduatoria valvole per l'anno 2025 con punti _____ e che alla data di scadenza della presentazione della domanda di inserimento/integrazione titoli nella graduatoria (31.01.2024) non era titolare in incarico a tempo indeterminato di assistenza penitenziaria;
4. di essere residente nel Comune di _____ dal _____ a tutt'oggi;
5. precedenti residenze:
dal _____ al _____ Comune di _____ Prov _____;
dal _____ al _____ Comune di _____ Prov _____;
dal _____ al _____ Comune di _____ Prov _____;
6. di essere in possesso del Diploma di formazione specifica in medicina generale conseguito presso la Regione _____ in data _____;
7. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679.

Allega (a pena di nullità):

- modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta di bollo (allegato G)
- atto sostitutivo di notorietà (allegato F);
- informativa privacy (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 residente nel Comune di _____ (Prov. _____) dal _____;
5. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679.

Allega (a pena di nullità):

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

Allegato D)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI
DI MEDICO DI ASSISTENZA PENITENZIARIA (art. 72, comma 3, lettera d), vigente ACN -
iscritti al corso di Formazione Specifica in Medicina Generale - con borsa di studio)**

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO

□□□□□□□□□□□□□□□□

Al Direttore Generale
ASL Lanciano Vasto Chieti
c/o GASBeS
assistenza.base@pec.asl2abruzzo.it

Il/La sottoscritto/a Dott. _____
nato/a a _____ Prov. _____ il
_____ codice fiscale _____ residente
a _____ prov. (____)
via _____ n. _____ CAP _____
Tel. _____
Pec: _____

F A D O M A N D A

secondo quanto previsto dall'art. 72, comma 3, lettera d), dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale di assegnazione degli incarichi di medico di assistenza penitenziaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo n. _____ del ____/____/2025, e segnatamente per le seguenti sedi:

INCARICO	Presso PSP di _____	N° ore	
INCARICO	Presso PSP di _____	N° ore	
INCARICO	Presso PSP di _____	N° ore	
INCARICO	Presso PSP di _____	N° ore	
INCARICO	Presso PSP di _____	N° ore	

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

DICHIARA

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____ (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110);
2. di essere iscritto all'Ordine dei medici di _____;
3. di essere iscritto (con borsa di studio), ai sensi all'art. 9, comma 1, del D.L. n°135/2018, convertito, con modificazioni, dalla L. n. 12/2019, al _____ (*primo, secondo o terzo*) anno del Corso di formazione specifica in medicina generale presso la Regione _____ in data _____;
4. di essere residente nel Comune di _____ (Prov. _____) dal _____;
5. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679.

Allega (a pena di nullità):

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

Allegato E)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI
DI MEDICO DI ASSISTENZA PENITENZIARIA (art. 72, comma 3, lettera e), vigente ACN -
iscritti al corso di Formazione Specifica in Medicina Generale - senza borsa di studio)**

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO

□□□□□□□□□□□□□□□□□□

Al Direttore Generale
ASL Lanciano Vasto Chieti
c/o GASBeS
assistenza.base@pec.asl2abruzzo.it

Il/La sottoscritto/a Dott. _____
nato/a a _____ Prov. _____ il
_____ codice fiscale _____ residente
a _____ prov. (____)
via _____ n. _____ CAP _____
Tel. _____
Pec: _____

F A D O M A N D A

secondo quanto previsto dall'art. 72, comma 3, lettera e), dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale di assegnazione degli incarichi di medico di assistenza penitenziaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo n. _____ del ____/____/2025, e segnatamente per le seguenti sedi:

INCARICO	Presso PSP di _____	N° ore	
INCARICO	Presso PSP di _____	N° ore	
INCARICO	Presso PSP di _____	N° ore	
INCARICO	Presso PSP di _____	N° ore	
INCARICO	Presso PSP di _____	N° ore	

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

DICHIARA

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____ (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110);
2. di essere iscritto all'Ordine dei medici di _____;
3. di essere iscritto (senza borsa di studio), ai sensi all'art. 12, comma 3, del D.L. n°35/2019, convertito, con modificazioni, dalla L. n. 60/2019, al _____ (*primo, secondo o terzo*) anno del Corso di formazione specifica in medicina generale presso la Regione _____ in data _____;
4. di essere residente nel Comune di _____ (Prov. _____) dal _____;
5. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679.

Allega (a pena di nullità):

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

Allegato F)

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 _____ ore settimanali _____ branca _____

Azienda _____ ore settimanali _____ branca _____

8. essere / non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni : (2)

provincia _____ branca _____
periodo: dal _____

9. avere / non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 quinquies, Decreto Legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni:

Azienda _____ Via _____

Tipo di attività _____
periodo: _____ dal _____

10. essere / non essere (1) titolare di incarico di medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria, guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione _____ o in altra regione (2) : Regione _____

Azienda _____
ore sett. _____ in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

11. essere / non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Legislativo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Legislativo n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al Decreto Legislativo n. 368/99 e successive modifiche ed integrazioni.

Denominazione del corso _____

Soggetto pubblico che lo svolge _____

Inizio: dal _____

12. operare /non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8 – quinquies del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni (2):

Organismo _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

13. operare / non operare (1) a qualsiasi titolo in Presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 Legge n. 833/78 : (2)

Organismo _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune _____

di _____ Tipo di attività _____

Tipo di _____

rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

14. svolgere / non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81:

Azienda _____ ore settimanali _____
Via _____ Comune _____
di _____ Periodo: dal _____

15. svolgere / non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte : (2)

Azienda _____ Comune di _____
Periodo: dal _____

16. avere /non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2)

_____ Periodo: dal _____

15. essere /non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interesse col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale: _____

16. svolgere /non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compresa nei punti precedenti ; in caso negativo scrivere : nessuna) _____

Periodo: dal _____

17. essere / non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate, a tempo determinato o a tempo indeterminato : (1) (2)

Azienda _____ Comune _____ ore sett. ____ Tipo di attività _____
Periodo: dal _____

18. operare / non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 5 , 6, 7,10) :

Soggetto pubblico _____
Via _____ Comune _____
di _____ Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo : dal _____

NOTE: _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

Dichiaro, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

In fede

data _____

Firma _____

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

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

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 H)

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ART.13 GDPR

- Si informa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento da parte della ASL Lanciano-Vasto-Chieti, Titolare del trattamento, nel rispetto e nei limiti di quanto previsto dalla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE n.2016/679 c.d. GDPR e Dlgs 196/2003 e s.m.i.), nonché da leggi, regolamenti e contratti collettivi nazionale e integrativi regionali vigenti nello specifico settore di riferimento.
- In particolare ai fini degli artt. 13 e 14 del suddetto GDPR, si informa che:
- Il trattamento dei dati avviene per le finalità di instaurazione e gestione del rapporto di lavoro convenzionale (sotto il profilo sia economico che giuridico) compreso l'adempimento di specifici obblighi o l'esecuzione di specifici compiti che siano ad esse strumentali e siano previsti dalle vigenti normative di settore o da disposizioni di organi e di autorità di vigilanza e controllo o comunque in stretta correlazione con le competenze istituzionali in materia di personale convenzionato;
- Il trattamento da parte di personale autorizzato ed opportunamente istruito circa le modalità di trattamento e le relative responsabilità, avviene sia mediante sistemi automatizzati sia in formato cartaceo, con modalità idonee a garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati nel rispetto di adeguate misure di sicurezza tecniche ed organizzative;
- Il conferimento dei dati da parte delle S.V. riveste natura obbligatoria essendo indispensabile per l'instaurazione, la prosecuzione e l'eventuale cessazione del rapporto di lavoro;
- I dati possono essere acquisiti anche presso soggetti esterni, anche previa richiesta dell'Amministrazione;
- I dati personali possono essere comunicati a Pubbliche Amministrazioni o ad altri Organismi (quali ENPAM, INAIL, Regione Abruzzo, altre ASL, Tesoriere dell'Azienda, compagnie Assicurative) nei casi previsti e consentiti dalla normativa vigente e nei limiti delle suddette finalità di trattamento.
- Ai sensi degli artt. 6, par. 1, lett. b) e 9, par 2, lett. b) del GDPR, il consenso al trattamento dei dati per le finalità sopra indicate non è dovuto;
- In qualsiasi momento la SV potrà esercitare il diritto di richiedere l'accesso ai suoi dati personali, la rettifica di dati inesatti, l'integrazione di dati incompleti. Inoltre, nelle ipotesi e per i motivi stabiliti dalla legge può richiedere la limitazione del trattamento dei suoi dati e può esercitare il diritto di opposizione al trattamento. A tal fine apposita istanza dovrà essere presentata alla Azienda contattando il Responsabile della protezione dati.
- Ricorrendone i presupposti, la SV ha altresì il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, secondo le procedure previste.
- Il titolare del trattamento è la ASL Lanciano –Vasto-Chieti, con sede in Chieti, Via dei Vestini snc

Data _____

Firma _____