

Allegato 1)

Avviso parte integrante della determinazione n. DPF027/29 del 13 ottobre 2025.

Incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al 1° settembre 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° settembre 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 Pescara	medicinaconvenzionata.aslpe@pec.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 II SEM. 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 F) 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 - Sangrino

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

Area Marsica

sede prevalente presso la postazione territoriale di Tagliacozzo	3
sede prevalente presso la postazione territoriale di Pescina	2

Area L'Aquila

sede prevalente presso la postazione territoriale di Montereale	3
sede prevalente presso la postazione territoriale di Navelli	1

AZIENDA USL LANCIANO VASTO CHIETI

Postazione "118" di Vasto	2
Postazione "118" di Ortona	2
Postazione "118" di Gissi	3
Postazione "118" di Castiglione Messer Marino	3
Postazione "118" di Casoli	2
Postazione "118" di Atesa	1

AZIENDA USL PESCARA

sede di Scafa	1
sede di Popoli	1

AZIENDA USL TERAMO

Sede di Giulianova, con eventuale completamento orario in altra sede	3
Sede di Teramo, con eventuale completamento orario in altra sede	3

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/>).

Allegato A)

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

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: _____ titolare di
incarico a tempo indeterminato per l'emergenza sanitaria territoriale:

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 6, lettera a), 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):

[illegible]

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

D I C H I A R A

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.

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

Azienda USL

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

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):

[illegible]

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

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):

POSTAZIONE	
POSTAZIONE	
POSTAZIONE	
POSTAZIONE	
POSTAZIONE	
POSTAZIONE	
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 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 ____/____/____ (**entro il 31/01/2024**, 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):

POSTAZIONE	
POSTAZIONE	
POSTAZIONE	
POSTAZIONE	
POSTAZIONE	
POSTAZIONE	
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

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 E)

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 **senza borsa di studio** - art. 12, comma 3, del D.L. 30.04.2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla L. 25.06.2019, n. 60)

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:

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 6, lettera f), 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):

[illegible]

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 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 F)

**MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO
DOVUTA PER LA PRESENTAZIONE DI ISTANZE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**

SPAZIO PER MARCA DA BOLLO

da annullare con data e firma

Il/La sottoscritto/a Dott. _____

nato/a a _____ prov. _____

il ____/____/____ codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

consapevole delle responsabilità amministrative e penali, conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

D I C H I A R A

- **di aver provveduto** al pagamento dell'imposta di bollo dovuta per l'istanza di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al 1° marzo 2025 presso le Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo con la marca da bollo sopra apposta e annullata.
- **di essere a conoscenza** che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini di successivi controlli.

Firma autografa leggibile

Luogo e data _____

AVVERTENZE

1. Il presente modulo, provvisto della marca da bollo (annullata secondo le indicazioni di cui al punto 2), deve essere debitamente compilato e sottoscritto con firma autografa del dichiarante e deve essere allegato alla domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al 1° marzo 2025 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 _____
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.