

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI
VACANTI
DI ASSISTENZA PRIMARIA
(PER GRADUATORIA ANNO 2017)**

Bollo 16 €

RACCOMANDATA A. R.

**ASSL CAGLIARI
Via Pier della Francesca, 1
09047 Selargius (CA)**

Il sottoscritto Dr. _____ nato a _____ Prov. _____ il
_____ M F codice fiscale _____ Residente a
_____ prov. _____ Via _____ n. _____ CAP _____ tel.
_____, inserito nella graduatoria unica regionale di cui all'art. 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina
generale valevole per l'anno 2017 pubblicata sul supplemento straordinario n.10 al BURAS n. 9 del 16/02/2017 e successivamente, a
parziale rettifica, sul supplemento straordinario n.40 al BURAS n. 25 del 25/05/2017

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2, lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale del 23/03/2005 e
s.m.i., di assegnazione degli incarichi vacanti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma della
Sardegna n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'art. 16, commi 7 e 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale,
di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato (**barrare una sola casella; in caso di barratura di entrambe
le caselle o mancata indicazione della riserva prescelta, la domanda non potrà essere valutata**):

- riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 o 277/2003
(articolo 16, comma 7, lettera a)
- riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (articolo 16, comma 7, lettera b).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
 il domicilio sotto indicato

c/o _____ Comune _____

CAP _____ prov. _____ via _____ n. _____.

Allega alla presente, **unitamente alla copia fotostatica del documento di identità**, la documentazione o autocertificazione e
dichiarazione sostitutiva, atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'articolo 34, comma 2, lettera
b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale:

allegati n. _____ (_____) documenti.

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno
trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma per esteso _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

(PER GRADUATORIA ANNO 2017)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il
_____ ai sensi e agli effetti dell'art.46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, 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. citato,

dichiara:

- di essere residente nella Regione _____ dal _____ nel Comune di _____ dal _____;
- dichiara altresì, di essere stato precedentemente a tale data, residente nel Comune (1) di _____ dal _____;

Data _____

Firma

(1) Qualora negli ultimi due anni siano stati cambiati più Comuni di residenza, indicare quali con i relativi periodi.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
(art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

(PER GRADUATORIA ANNO 2017)

Il sottoscritto Dr. _____ nato a _____ il _____ residente in _____ via _____ n. _____ iscritto all'Albo dei _____ della Provincia di _____ ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, 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. citato,

dichiara di:

- 1) essere/non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):
 Soggetto _____ ore settimanali ____ Via _____
 _____ Comune di _____ Tipo di rapporto di lavoro _____ periodo dal _____;
- 2) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale del 23/03/2005 con massimale di n. ____ scelte e con n. ____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ ASSL _____ periodo dal _____;
- 3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la pediatria di libera scelta del 15/12/2005 con massimale di n. ____ scelte ASSL _____ periodo dal _____;
- 4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno (2);
 ASSL _____ branca _____ ore sett. _____
- 5) svolgere/non svolgere (1) attività di medico specialista ambulatoriale accreditato (2)
 Provincia _____ branca _____ periodo dal _____;
- 6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 c 5, decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:
 ASSL di _____ Via _____
 Tipo di attività _____ periodo dal _____;
- 7) essere/non essere (1) titolare di incarico nella continuità assistenziale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione Sardegna o in altra regione (2): Regione _____ Area socio Sanitaria Locale di _____ ore sett. _____ in forma attiva - in forma di disponibilità (1);
- 8) essere/non essere (1) titolare di incarico nell'emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione Sardegna o in altra regione (2): Regione _____ Area socio Sanitaria Locale di _____ ore sett. _____ in forma attiva - in forma di disponibilità (1)
- 9) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:
 Denominazione del corso:
 Soggetto pubblico che lo svolge _____
 Inizio dal _____;
- 10) 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 ASSL ai sensi dell'art. 8 - quinquies del D.L.vo 502/92 e successive modificazioni (2):
 Organismo _____ ore sett. _____
 Via _____ Comune di _____
 Tipo di attività _____
 Tipo di rapporto di lavoro _____
 Periodo dal _____;
- 11) 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 L. 833/78 (2):
 Organismo _____ ore sett. _____
 Via _____ Comune di _____
 Tipo di attività _____
 Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo dal _____;

- 12) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della legge n. 626/93

ASSL di _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Periodo dal _____;

- 13) svolgere/non svolgere (1), per conto dell'INPS dell'ASSL di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte (2);

ASSL di _____ Comune di _____

Periodo dal _____;

- 14) 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 interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

- 16) fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale;

Periodo dal _____;

- 17) svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere nessuna);

Periodo dal _____;

- 18) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato (1) (2):

ASSL di _____ Comune di _____ ore sett _____

Tipo di attività _____

Periodo dal _____;

- 19) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1,2,3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4,5,6,7):

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo dal _____;

- 20) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a (2):

_____ Periodo dal _____;

- 21) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2) soggetto erogante il trattamento pensionistico _____

Pensionato dal _____;

note _____

Data _____

Firma _____

Ai sensi dell'art. 47, comma 1 e dell'art. 38, comma 3, del DPR n. 445/2000 la dichiarazione sostitutiva di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

(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".