

## MODULISTICA

**Il presente allegato contiene due possibili modelli di domanda (fac-simile), a seconda della fattispecie di interesse del candidato:**

- 1) **DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA RESIDUATI PER PEDIATRI INSERITI NELLA GRADUATORIA REGIONALE PER L'ANNO 2023 DI ALTRE REGIONI**
  
- 2) **DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA RESIDUATI PER PEDIATRI **IN POSSESSO DEL DIPLOMA DI SPECIALIZZAZIONE IN PEDIATRIA O DISCIPLINE EQUIPOLLENTI AI SENSI DELLA TALELLA B DEL D.M. 30/01/1998 E SS.MM.II.****

**E' altresì allegato il modello specifico per la dichiarazione informativa (dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà) da allegare alle domande di cui ai punti 1) e 2) sopra elencati.**

1)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE  
ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI RESIDUATI (ANNO 2023)  
PEDIATRI DI LIBERA SCELTA INSERITI NELLA GRADUATORIA REGIONALE PER L'ANNO 2023 DI  
ALTRE REGIONI**

**BOLLO € 16**

ARES  
[incarichimedecinagenerale@pec.aressardegna.it](mailto:incarichimedecinagenerale@pec.aressardegna.it)

n. identificativo della marca da bollo

Nr. \_\_\_\_\_

Il sottoscritto/a dott. \_\_\_\_\_, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del T.U. approvato con D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e ss.mm.ii., consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR medesimo, dichiara di essere nato/a a.....il..... Codice Fiscale ..... residente a ..... prov..... Via ..... CAP..... Tel....., ASL di residenza .....; di essere residente nella Regione ..... dal ..... e inserito nella graduatoria regionale dei medici pediatri di cui all'art. 19 e ss.mm.ii. dell'ACN del 28 aprile 2022 pubblicata sul Bollettino ufficiale della Regione ..... n. .... del .../.../.....; di essere specializat.....in data ..... con voto finale ...../.....

**PRESENTA DOMANDA**

Ai sensi e per le finalità di cui all'art. 32, comma 12, lettera a) dell'ACN 28/04/2022 e ss.mm.ii., nel sotto indicato ambito territoriale carente residuo rilevato nell'anno 2023

ASL	Ambito Territoriale

A tal fine dichiara:

di essere incluso nella suddetta graduatoria regionale dei medici pediatri valida per l'anno 2023, con punteggio ...../.....

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso il seguente indirizzo pec intestato al sottoscritto:

.....

Allega alla presente la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà atta a comprovare il diritto a concorrere e copia del documento di identità in corso di validità e codice fiscale.

Allegati n. ....

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente in materia, 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

.....

2)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE  
ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI RESIDUATI (ANNO 2023)  
PEDIATRI DI LIBERA SCELTA IN POSSESSO DEL DIPLOMA DI SPECIALIZZAZIONE IN PEDIATRIA O  
DISCIPLINE EQUIPOLLENTI AI SENSI DELLA TABELLA B DEL D.M. 30/01/1998 E SS.MM.II.**

**BOLLO € 16**

n. identificativo della marca da bollo

ARES  
[incarichimedecinagenerale@pec.aressardegna.it](mailto:incarichimedecinagenerale@pec.aressardegna.it)

Nr. \_\_\_\_\_

Il sottoscritto/a dott. \_\_\_\_\_, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del T.U. approvato con D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e ss.mm.ii., consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR medesimo, dichiara di essere nato/a a.....il..... Cittadinanza .....Codice Fiscale .....; di essere residente a ..... prov..... Via ..... CAP..... dal .....; ASSL di residenza .....; Tel..... pec .....; si essere specializzato nella disciplina ..... in data ..... con voto finale ...../.....

**PRESENTA DOMANDA**

Ai sensi e per le finalità di cui all'art. 32, comma 12, lettera **b)** dell'ACN 28/04/2022 e ss.mm.ii., nel sotto indicato ambito territoriale carente residuo rilevato nell'anno 2023:

ASSL	Ambito Territoriale

Allega alla presente la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà atta a comprovare il diritto a concorrere e copia del documento di identità in corso di validità e codice fiscale.

Allegati n. ....

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo pec intestato al sottoscritto

.....

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente in materia, 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

.....

DICHIARAZIONE INFORMATIVA  
(dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà)  
(art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.)

Il/la sottoscritt ... dott./dott.ssa..... nato/a a ..... il .....  
Cittadinanza ..... Residente in ..... Via/Piazza ..... n. ....  
iscritto all'albo dei medici chirurghi e Odontoiatri della Provincia di ....., n. ...., ai  
sensi e agli effetti dell'art. 47 del DPR n. 445/2000 e ss.mm.ii.,

**dichiara formalmente di**

- 1) Di essere/non essere<sup>(1)</sup> 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 <sup>(2)</sup>  
Soggetto ..... Ore settimanali .....  
Via ..... Comune di .....  
Tipo di rapporto di lavoro ..... periodo dal ..... al .....
- 2) Di essere/non essere<sup>(1)</sup> titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del vigente accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale con massimale di n. .... scelte e con n. .... scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di ..... ASL .....;
- 3) Di essere/non essere<sup>(1)</sup> titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del vigente accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, con massimale di n. .... scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di ..... ASL .....;
- 4) Di essere/non essere<sup>(1)</sup> titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato<sup>(1)</sup> come specialista ambulatoriale convenzionato interno<sup>(2)</sup>:  
ASL ..... branca ..... ore settimanali .....
- 5) Di essere/non essere<sup>(1)</sup> iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni<sup>(2)</sup>:  
Provincia ..... branca ..... periodo: dal .....
- 6) Di essere/non essere<sup>(1)</sup> titolare di incarico di guardia medica nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato<sup>(1)</sup>, nella Regione ..... o in altra regione<sup>(2)</sup>  
Regione ..... ASL ..... ore settimanali.....in forma attiva – in forma di disponibilità<sup>(1)</sup>;
- 7) Di operare/non operare<sup>(1)</sup> a qualsiasi titolo in e /o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate che abbiano accordi contrattuali con le aziende ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i.: <sup>(2)</sup>  
Organismo .....ore sett. ....  
Via ..... Comune di .....  
Tipo di attività .....  
Tipo di rapporto di lavoro .....  
Periodo: dal .....
- 8) Di operare/non operare<sup>(1)</sup> a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate, o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 della L. 833/78: <sup>(2)</sup>  
Organismo .....ore sett. ....  
Via ..... Comune di .....  
Tipo di attività .....  
Tipo di rapporto di lavoro .....

Periodo: dal .....

- 9) Di svolgere/non svolgere<sup>(1)</sup> funzioni di medico di fabbrica<sup>(2)</sup> o di medico competente ai sensi del D.lgs n. 81/2008:

Azienda .....ore sett. ....

Via ..... Comune di .....

Periodo: dal .....

- 10) Di svolgere/non svolgere<sup>(1)</sup> per conto dell'INPS o dell'azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: <sup>(2)</sup>

Azienda .....ore sett. ....

Comune di .....

Periodo: dal .....

- 11) Di fruire/non fruire<sup>(1)</sup> 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;

- 12) Di svolgere/non svolgere<sup>(1)</sup> altre attività 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 .....

- 13) Di operare/non operare<sup>(1)</sup> 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. 1,2,3,4 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 5,6,7):

Soggetto pubblico .....

Via ..... Comune di .....

Tipo di attività .....

Tipo di rapporto di lavoro .....

Periodo: dal .....

- 14) Di fruire/non fruire del trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente a carico del .....

Periodo: dal .....

- 15) Di fruire/non fruire<sup>(1)</sup> del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita: <sup>(2)</sup> soggetto erogante il trattamento di adeguamento

.....

Periodo: dal.....;

- 16) Di essere/non essere iscritto <sup>(1)</sup> a corso di formazione in medicina generale o corsi di specializzazione di cui ai Decreti legislativi nn. 256/91, 257/91, 368/99, e 277/2003:

Denominazione corso .....

Soggetto pubblico che lo svolge .....

Inizio: dal .....

- 17) Di avere/non avere<sup>(1)</sup> qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche <sup>(2)</sup>

.....

.....

- 18) Di essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il servizio sanitario nazionale<sup>(2)</sup>

.....  
.....  
  
NOTE:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero <sup>(3)</sup>

Data ..... Firma del dichiarante <sup>(4)</sup> .....

---

<sup>(1)</sup> cancellare la parte che non interessa

<sup>(2)</sup> completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE"

<sup>(3)</sup> l'Amministrazione può svolgere, in qualsiasi momento, specifici controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese dai partecipanti al presente comunicato, in attuazione all'art. 71 del DPR n. 445.

Ai sensi e agli effetti degli artt. 75 e 75 del DPR 28 DICEMBRE 2000, N. 445 e s.m.i., le dichiarazioni mendaci e la falsità in atti, sono puniti dal codice penale. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

<sup>(4)</sup> ai sensi dell'art. 38, comma 3, del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i., le istanze e le dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica possono essere sottoscritte con firma non autenticata **se vengono trasmesse unitamente a copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante.**