



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE 2024

Allegato 1) alla determinazione n. 1813 del 16/12/2024

ASSL SASSARI	
POSTAZIONE	INCARICHI VACANTI
SASSARI	1
PORTO TORRES	3
ALGHERO	2
OZIERI	4

ASSL OLBIA	
POSTAZIONE	INCARICHI VACANTI
OLBIA	2
TEMPIO PAUSANIA	6

ASSL NUORO	
POSTAZIONE	INCARICHI VACANTI
SINISCOLA	3
SORGONO	6
NUORO	2

ASSL LANUSEI	
POSTAZIONE	INCARICHI VACANTI
LANUSEI	2

ASSL ORISTANO	
POSTAZIONE	INCARICHI VACANTI
ALES	3
BOSA	4
GHILARZA	5
ORISTANO	3

ASSL SANLURI	
POSTAZIONE	INCARICHI VACANTI
SAN GAVINO	2

ASSL CARBONIA	
POSTAZIONE	INCARICHI VACANTI
IGLESIAS	2
CARBONIA (SIRAI)	2

ASSL CAGLIARI	
POSTAZIONE	INCARICHI VACANTI
CAGLIARI (SS TRINITA')	2
CAGLIARI (P.O. MARINO)	1
QUARTU SANT'ELENA	1
SARROCH	1
ISILI	1
MURAUVERA	2
SENORBI'	4

Modulistica

Il presente allegato contiene sei possibili modelli di domanda, ciascuno con annessa dichiarazione sostitutiva di atto notorio, a seconda della fattispecie di interesse del candidato:

- 1) **DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE (PER TRASFERIMENTO ANNO 2024)**

- 2) **DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE (PER GRADUATORIA ANNO 2024)**

- 3) **DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE PER L'ANNUALITA' 2024 (Medici che hanno acquisito il titolo successivamente alla scadenza del termine previsto per la domanda di inserimento in graduatoria regionale 2024)**

- 4) **DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE PER L'ANNUALITA' 2024 (Medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale, non compresi nel punto precedente);**

- 5) **DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE PER L'ANNUALITA' 2024 (Medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale 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)**

- 6) **DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE PER L'ANNUALITA' 2024 (Medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale 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)**

1)

Allegato A

*DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI
DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(PER TRASFERIMENTO - anno 2024)*

BOLLO € 16,00

ARES Sardegna

incarichimedecinagenerale@pec.aressardegna.it

n. identificativo della marca da bollo

Nr. _____

Il sottoscritto Dr. _____ nato a _____ Prov. _____
il _____ M F codice fiscale _____ Residente a
_____ prov. _____ Via _____ n. _____ CAP _____
tel. _____, titolare di incarico a tempo indeterminato per l'emergenza sanitaria territoriale
presso l'ASSL di _____, Presidio di _____ della Regione _____, dal
____/____/____, laureato il ____/____/____ con voto ____/____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 6, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale del 04/04/2024, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma della Sardegna n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

ASSL		POSTAZIONE		ASSL		POSTAZIONE	
ASSL		POSTAZIONE		ASSL		POSTAZIONE	

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 63, comma 6, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale reso esecutivo con l'intesa stato regioni del 4 aprile 2024, e l'anzianità complessiva di incarico in emergenza sanitaria territoriale:

allegati n. _____ (_____) documenti.

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

Data _____

Firma per esteso _____

Allegato A/1 (trasferimento 2024)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente in _____ via _____ n. _____
dal _____, 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:

- essere in possesso dei requisiti previsti dall'art. 63, comma 6, dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale vigente;
- di aver svolto il servizio a tempo determinato per l'emergenza sanitaria territoriale presso il Presidio _____ dell'ASSL di _____, della Regione _____ dal __/__/__ al __/__/__ con una anzianità di incarico complessiva di mesi _____;
- essere attualmente titolare di incarico a tempo indeterminato per l'emergenza sanitaria territoriale presso il Presidio _____ dell'ASSL di _____, della Regione _____ dal __/__/__ con una anzianità di incarico complessiva di mesi _____;
- aver prestato servizio, con incarico a tempo indeterminato per l'emergenza sanitaria territoriale, dal __/__/__ al __/__/__ presso il Presidio _____ dell'ASSL di _____, della Regione _____;
- aver sospeso il servizio, per l'emergenza sanitaria territoriale, a tempo indeterminato:
dal __/__/__ al __/__/__ per _____;
dal __/__/__ al __/__/__ per _____;
- non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità contemplate dall'art. 21 dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale vigente.

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

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

2)

ALLEGATO B

*DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI
DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(PER GRADUATORIA - 2024)*

BOLLO € 16,00

ARES Sardegna

incarichimedicinagenerale@pec.aressardegna.it

n. identificativo della marca da bollo

Nr. _____

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. 19 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la
Medicina generale, **valevole per l'anno 2024**, laureato il ____/____/_____, con voto ____/____,

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 6, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale del
04/04/2024, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della
Regione Autonoma della Sardegna n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

ASSL		POSTAZIONE		ASSL		POSTAZIONE	
ASSL		POSTAZIONE		ASSL		POSTAZIONE	
ASSL		POSTAZIONE		ASSL		POSTAZIONE	

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 63,
comma 6, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale vigente:
allegati n. _____ (_____) documenti.

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.

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

Data _____

Firma per esteso _____

ALLEGATO B/1 (graduatoria 2024)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

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 aver conseguito l'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale in data _____
rilasciato dalla ASL di _____ Regione _____.
- di essere residente nella Regione _____ Comune di _____ provincia di _____
dal ____/____/____

Data _____

Firma

ALLEGATO B/2 (graduatoria 2024)

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

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 29.07.2009 con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ ASL _____ 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 ASL _____ periodo dal _____;
- 4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno (2);
ASL _____ 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, D.Lgs n. 502/92 e s.m.i:
ASL _____ Via _____
Tipo di attività _____ periodo dal _____;
- 7) essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione Sardegna o in altra regione (2):
Regione _____ ASL _____ ore sett. _____ in forma attiva -
in forma di disponibilità (1);

- 8) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al D.Lgs. n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al D.Lgs n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.Lgs n. 368/99:

Denominazione del corso:

Soggetto pubblico che lo svolge _____

Inizio dal _____;;

- 9) 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 ASSSL ai sensi dell'art. 8 - quinquies del D.Lgs n. 502/92 e s.m.i. (2):

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo dal _____;

- 10) 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 _____;

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

ASSL _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Periodo dal _____;

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

ASSL _____ Comune di _____

Periodo dal _____;

- 13) 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 _____;

- 14) 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;

15) 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 _____;

16) 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 _____;

17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato (1) (2):
ASSL _____ Comune di _____ 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 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 _____;

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

Periodo dal _____;

20) 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. 38, comma 3, del DPR n. 445/2000 la dichiarazione 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".

3)

ALLEGATO C

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI
DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

(Medici che hanno acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente
alla scadenza del termine previsto per la domanda di inserimento in graduatoria regionale 2024)

BOLLO € 16,00

ARES Sardegna

incarichimedecinagenerale@pec.aressardegna.it

n. identificativo della marca da bollo

Nr. _____

Il sottoscritto Dr. _____ nato a _____ Prov. _____ il
_____ M F codice fiscale _____ Residente a
_____ prov. _____ Via _____ n. _____ CAP _____ tel.

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 6, lettera c) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale del
04/04/2024, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della
Regione Autonoma della Sardegna n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

ASSL		POSTAZIONE		ASSL		POSTAZIONE	
ASSL		POSTAZIONE		ASSL		POSTAZIONE	
ASSL		POSTAZIONE		ASSL		POSTAZIONE	

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così
come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/00:

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...../.....
- 2) di essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale conseguito a
in data .../...../..... a seguito del triennio/.....
- 3) di essere residente nel Comune di.....prov..... dal...../...../.....a tutt'oggi
(giorno/mese/anno)
- 4) precedenti residenze:
dal.....al.....Comune di.....prov.....
dal.....al.....Comune di.....prov.....
dal.....al.....Comune di.....prov.....

Allega dichiarazione sostitutiva di atto notorio per l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità.

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.

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

Data _____

Firma per esteso _____

ALLEGATO C/1)

(Medici che hanno acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla scadenza del termine previsto per la domanda di inserimento in graduatoria regionale 2024)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

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 aver conseguito l'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale in data _____
rilasciato dalla ASL di _____ Regione _____.
- di essere residente nella Regione _____ Comune di _____ provincia
di _____ dal ____/____/_____

Data _____

Firma

(Medici che hanno acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla scadenza del termine previsto per la domanda di inserimento in graduatoria regionale 2024)

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

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:

- 21) 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 _____;
- 22) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale del 29.07.2009 con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ ASL _____ periodo dal _____;
- 23) 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 ASL _____ periodo dal _____;
- 24) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno (2);
ASL _____ branca _____ ore sett. _____
- 25) svolgere/non svolgere (1) attività di medico specialista ambulatoriale accreditato (2)
Provincia _____ branca _____ periodo dal _____;
- 26) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 c 5, D.Lgs n. 502/92 e s.m.i:
ASL _____ Via _____
Tipo di attività _____ periodo dal _____;
- 27) essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione Sardegna o in altra regione (2):
Regione _____ ASL _____ ore sett. _____ in forma attiva -
in forma di disponibilità (1);
- 28) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al D.Lgs. n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al D.Lgs n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.Lgs n. 368/99:

Denominazione del corso:

Soggetto pubblico che lo svolge _____

Inizio dal _____;;

- 29) 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.Lgs n. 502/92 e s.m.i. (2):

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo dal _____;

- 30) 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 _____;

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

ASSL _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Periodo dal _____;

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

ASSL _____ Comune di _____

Periodo dal _____;

- 33) 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 _____;

- 34) 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;

- 35) 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 _____;

36) 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 _____;

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

ASSL _____ Comune di _____ ore sett _____

Tipo di attività _____

Periodo dal _____;

38) 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 _____;

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

Periodo dal _____;

40) 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. 38, comma 3, del DPR n. 445/2000 la dichiarazione 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".

4)

ALLEGATO Cbis

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI
DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

(Medici che hanno acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale non ricompresi
nella fattispecie di cui al modulo 3)

BOLLO € 16,00

ARES Sardegna

incarichimedecinagenerale@pec.aressardegna.it

n. identificativo della marca da bollo

Nr. _____

Il sottoscritto Dr. _____ nato a _____ Prov. _____ il
_____ M F codice fiscale _____ Residente a
_____ prov. _____ Via _____ n. _____ CAP _____ tel.

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 6, lettera d) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale del
04/04/2024, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della
Regione Autonoma della Sardegna n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

ASSL		POSTAZIONE		ASSL		POSTAZIONE	
ASSL		POSTAZIONE		ASSL		POSTAZIONE	
ASSL		POSTAZIONE		ASSL		POSTAZIONE	

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così
come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/00:

DICHIARA

- 5) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università
degli Studi di.....in data...../...../.....con voto...../.....
- 6) di essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale conseguito a
in data .../...../..... a seguito del triennio/.....
- 7) di essere residente nel Comune di.....prov..... dal...../...../.....a tutt'oggi
(giorno/mese/anno)
- 8) precedenti residenze:
dal.....al.....Comune di.....prov.....
dal.....al.....Comune di.....prov.....
dal.....al.....Comune di.....prov.....

Allega dichiarazione sostitutiva di atto notorio per l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità.

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.

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

Data _____

Firma per esteso _____

ALLEGATO C/1bis)

(Medici che hanno acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale non ricompresi nella fattispecie di cui al modulo 3)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

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 aver conseguito l'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale in data _____
rilasciato dalla ASL di _____ Regione _____.
- di essere residente nella Regione _____ Comune di _____ provincia
di _____ dal ____/____/_____

Data _____

Firma

(Medici che hanno acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale non ricompresi nella fattispecie di cui al modulo 3)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

(art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

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:

- 41) 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 _____;
- 42) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale del 29.07.2009 con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ ASL _____ periodo dal _____;
- 43) 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 ASL _____ periodo dal _____;
- 44) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno (2);
ASL _____ branca _____ ore sett. _____
- 45) svolgere/non svolgere (1) attività di medico specialista ambulatoriale accreditato (2)
Provincia _____ branca _____ periodo dal _____;
- 46) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 c 5, D.Lgs n. 502/92 e s.m.i:
ASL _____ Via _____
Tipo di attività _____ periodo dal _____;
- 47) essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione Sardegna o in altra regione (2):
Regione _____ ASL _____ ore sett. _____ in forma attiva -
in forma di disponibilità (1);
- 48) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al D.Lgs. n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al D.Lgs n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.Lgs n. 368/99:

Denominazione del corso:

Soggetto pubblico che lo svolge _____

Inizio dal _____;;

- 49) 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 ASL ai sensi dell'art. 8 - quinquies del D.Lgs n. 502/92 e s.m.i. (2):

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo dal _____;

- 50) 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 _____;

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

ASL _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Periodo dal _____;

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

ASL _____ Comune di _____

Periodo dal _____;

- 53) 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 _____;

- 54) 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;

- 55) 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 _____;

56) 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 _____;

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

ASSL _____ Comune di _____ ore sett _____

Tipo di attività _____

Periodo dal _____;

58) 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 _____;

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

Periodo dal _____;

60) 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. 38, comma 3, del DPR n. 445/2000 la dichiarazione 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".

5)

ALLEGATO D

*DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI
DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
SEDI 2024*

Medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale 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

BOLLO € 16,00

ARES Sardegna

incarichimedecinagenerale@pec.aressardegna.it

n. identificativo della marca da bollo

Nr. _____

Il sottoscritto Dr. _____ nato a _____ Prov. _____ il
_____ M F codice fiscale _____ Residente a
_____ prov. _____ Via _____ n. _____ CAP _____ tel.

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 6, lettera e) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale del 04/04/2024, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma della Sardegna n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

ASSL		POSTAZIONE		ASSL		POSTAZIONE	
ASSL		POSTAZIONE		ASSL		POSTAZIONE	
ASSL		POSTAZIONE		ASSL		POSTAZIONE	

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/00:

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...../.....
- 2) di frequentare il corso di formazione specifica in medicina generale relativo al corso triennale/..... presso la regione Sardegna iniziato in data/...../.....
 - 1 anno
 - 2 anno
 - 3 anno
- 3) di essere residente nel Comune di.....prov..... dal...../...../.....a tutt'oggi (giorno/mese/anno)
- 4) precedenti residenze:
dal.....al.....Comune di.....prov.....

dal.....al.....Comune di.....prov.....

dal.....al.....Comune di.....prov.....

Allega dichiarazione sostitutiva di atto notorio per l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità .

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

.....

Data _____

Firma ¹ _____

¹ **La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore. (art. 38 del DPR 445/00).**

ALLEGATO D/1)

(Medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale 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)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

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 aver conseguito l'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale in data _____ rilasciato dalla ASSSL di _____ Regione _____.
- di essere residente nella Regione _____ Comune di _____ provincia di _____ dal _____

Data _____

Firma

(Medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale 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)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

(art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

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:

- 61) 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 _____;
- 62) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale del 29.07.2009 con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ ASL _____ periodo dal _____;
- 63) 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 ASL _____ periodo dal _____;
- 64) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno (2);
ASL _____ branca _____ ore sett. _____
- 65) svolgere/non svolgere (1) attività di medico specialista ambulatoriale accreditato (2)
Provincia _____ branca _____ periodo dal _____;
- 66) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 c 5, D.Lgs n. 502/92 e s.m.i:
ASL _____ Via _____
Tipo di attività _____ periodo dal _____;
- 67) essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione Sardegna o in altra regione (2):
Regione _____ ASL _____ ore sett. _____ in forma attiva -
in forma di disponibilità (1);
- 68) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al D.Lgs. n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al D.Lgs n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.Lgs n. 368/99:

Denominazione del corso:

Soggetto pubblico che lo svolge _____

Inizio dal _____;;

- 69) 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.Lgs n. 502/92 e s.m.i. (2):

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo dal _____;

- 70) 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 _____;

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

ASSL _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Periodo dal _____;

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

ASSL _____ Comune di _____

Periodo dal _____;

- 73) 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 _____;

- 74) 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;

- 75) 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 _____;

76) 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 _____;

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

ASSL _____ Comune di _____ ore sett _____

Tipo di attività _____

Periodo dal _____;

78) 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 _____;

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

Periodo dal _____;

80) 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. 38, comma 3, del DPR n. 445/2000 la dichiarazione 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".

6)

ALLEGATO E

*DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI
DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
SEDI 2024*

Medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale 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

BOLLO € 16,00

ARES Sardegna

incarichimedecinagenerale@pec.aressardegna.it

n. identificativo della marca da bollo

Nr. _____

Il sottoscritto Dr. _____ nato a _____ Prov. _____ il
_____ M F codice fiscale _____ Residente a
_____ prov. _____ Via _____ n. _____ CAP _____ tel.

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 6, lettera f) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale del 04/04/2024, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma della Sardegna n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

ASSL		POSTAZIONE		ASSL		POSTAZIONE	
ASSL		POSTAZIONE		ASSL		POSTAZIONE	
ASSL		POSTAZIONE		ASSL		POSTAZIONE	

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/00:

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...../.....
- 2) di frequentare il corso di formazione specifica in medicina generale relativo al corso triennale/..... presso la regione Sardegna iniziato in data/...../.....
 - 1 anno
 - 2 anno
 - 3 anno
- 3) di essere residente nel Comune di.....prov..... dal...../...../..... a tutt'oggi (giorno/mese/anno)
- 4) precedenti residenze:
dal.....al.....Comune di.....prov.....

dal.....al.....Comune di.....prov.....

dal.....al.....Comune di.....prov.....

Allega dichiarazione sostitutiva di atto notorio per l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità .

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

.....

Data _____

Firma ² _____

² **La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore. (art. 38 del DPR 445/00).**

ALLEGATO E/1)

(Medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale 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)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

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 aver conseguito l'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale in data _____
rilasciato dalla ASL di _____ Regione _____.
- di essere residente nella Regione _____ Comune di _____ provincia di _____
dal ___/___/_____

Data _____

Firma

(Medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale 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)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

(art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

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:

- 5) 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 _____;
- 6) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale del 29.07.2009 con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ ASL _____ periodo dal _____;
- 7) 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 ASL _____ periodo dal _____;
- 8) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno (2);
ASL _____ branca _____ ore sett. _____
- 9) svolgere/non svolgere (1) attività di medico specialista ambulatoriale accreditato (2)
Provincia _____ branca _____ periodo dal _____;
- 10) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 c 5, D.Lgs n. 502/92 e s.m.i:
ASL _____ Via _____
Tipo di attività _____ periodo dal _____;
- 11) essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione Sardegna o in altra regione (2):
Regione _____ ASL _____ ore sett. _____ in forma attiva -
in forma di disponibilità (1);
- 12) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al D.Lgs. n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al D.Lgs n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.Lgs n. 368/99:

Denominazione del corso:

Soggetto pubblico che lo svolge _____

Inizio dal _____;;

- 13) 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.Lgs n. 502/92 e s.m.i. (2):

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo dal _____;

- 14) 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 _____;

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

ASSL _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Periodo dal _____;

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

ASSL _____ Comune di _____

Periodo dal _____;

- 17) 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 _____;

- 18) 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;

- 19) 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 _____;

20) 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 _____;

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

ASSL _____ Comune di _____ ore sett _____

Tipo di attività _____

Periodo dal _____;

22) 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 _____;

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

Periodo dal _____;

24) 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. 38, comma 3, del DPR n. 445/2000 la dichiarazione 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".