

## 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 2025)
- 2) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE (PER GRADUATORIA ANNO 2025)
- 3) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE PER L'ANNUALITA' 2025 (Medici che hanno acquisito il titolo successivamente alla scadenza del termine previsto per la domanda di inserimento in graduatoria regionale 2025)
- 4) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE PER L'ANNUALITA' 2025 (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' 2025 (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' 2025 (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 2025)**

**BOLLO € 16,00**

ARES Sardegna

[incarichimedicinagenerale@pec.aressardegna.it](mailto: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. \_\_\_\_\_, 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 2025)

### 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 - 2025)**

**BOLLO € 16,00**

**ARES Sardegna**

[incarichimedicinagenerale@pec.aressardegna.it](mailto:incarichimedicinagenerale@pec.aressardegna.it)

**n. identificativo della marca da bollo**

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

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ M ☐ ☐ 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 2025**, 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 2025)**

**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 2025)

### 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 \_\_\_\_\_ 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, D.Lgs n. 502/92 e s.m.i:  
ASSL \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ ASSL \_\_\_\_\_ 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 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 \_\_\_\_\_;

- 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

ASL \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Periodo dal \_\_\_\_\_;

- 12) 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 \_\_\_\_\_;

- 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 2025)

BOLLO € 16,00

ARES Sardegna

[incarichimedecinagenerale@pec.aressardegna.it](mailto: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 2025)**

**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 ASSTL 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 2025)**

**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](mailto: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 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 \_\_\_\_\_;

- 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

ASSL \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Periodo dal \_\_\_\_\_;

- 52) 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 \_\_\_\_\_;

- 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 2025*

**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](mailto: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 <sup>1</sup> \_\_\_\_\_

---

<sup>1</sup> 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 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 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 2025*

**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](mailto: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 <sup>2</sup> \_\_\_\_\_

---

<sup>2</sup> 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 \_\_\_\_\_ ASSL \_\_\_\_\_ 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 ASSL \_\_\_\_\_ periodo dal \_\_\_\_\_;
- 8) 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. \_\_\_\_\_
- 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:  
ASSL \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ ASSL \_\_\_\_\_ 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 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 \_\_\_\_\_;

- 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

ASL \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Periodo dal \_\_\_\_\_;

- 16) 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 \_\_\_\_\_;

- 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".