

# Modulistica

Il presente allegato contiene quattro possibili modelli di domanda (fac simile), 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 CONTINUITA' ASSISTENZIALE (PER TRASFERIMENTO ANNO 2022)**
- 2) **DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE (PER GRADUATORIA ANNO 2022)**
- 3) **DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE - Medici che hanno acquisito il titolo successivamente alla scadenza del termine previsto per la domanda di inserimento in graduatoria regionale (sedi 2022)**
- 4) **DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE - Medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale (sedi 2022)**

1)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

**BOLLO € 16**

**(PER TRASFERIMENTO ANNO 2022)**

ARES Sardegna

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

n. identificativo della marca da bollo

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

Il sottoscritto/a.....nato/a a.....il.....

residente a.....prov.....Via.....

CAP.....tel..... cell.....

titolare di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

secondo quanto previsto dall'art. 63 dell'ACN per la medicina generale del 23/03/2005 così come modificato dall'art. 6 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale recepito con Atto di Intesa della Conferenza Stato – Regioni del 21 giugno 2018 e ss.mm.ii., per l'assegnazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Sardegna n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ come di seguito indicato:

ASSL		SEDE		ASSL		SEDE	
ASSL		SEDE		ASSL		SEDE	
ASSL		SEDE		ASSL		SEDE	
ASSL		SEDE		ASSL		SEDE	
ASSL		SEDE		ASSL		SEDE	
ASSL		SEDE		ASSL		SEDE	
ASSL		SEDE		ASSL		SEDE	

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

**dichiara di:**

- essere in possesso dei requisiti previsti dall'art. 63 dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale del 23/03/05 così come modificato dall'art. 6 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale recepito con Atto di Intesa della Conferenza Stato – Regioni del 21 giugno 2018 e ss.mm.ii.;

- essere attualmente titolare di incarico a tempo indeterminato per la continuità assistenziale presso la sede (PUNTO GUARDIA) \_\_\_\_\_ dell'Area Socio Sanitaria Locale di \_\_\_\_\_, della Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_, con una anzianità di incarico complessiva di mesi \_\_\_\_\_;
- aver prestato servizio, con incarico a tempo indeterminato per la continuità assistenziale, dal \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_ presso la sede (PUNTO GUARDIA) \_\_\_\_\_ dell'Area Socio Sanitaria Locale di \_\_\_\_\_, della Regione \_\_\_\_\_;
- aver prestato servizio, con incarico a tempo indeterminato per la continuità assistenziale, dal \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_ presso la sede (PUNTO GUARDIA) \_\_\_\_\_ dell'Area Socio Sanitaria Locale di \_\_\_\_\_, della Regione \_\_\_\_\_;
- aver prestato servizio, con incarico a tempo indeterminato per la continuità assistenziale, dal \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_ presso la sede (PUNTO GUARDIA) \_\_\_\_\_ dell'Area Socio Sanitaria Locale di \_\_\_\_\_, della Regione \_\_\_\_\_;
- aver sospeso il servizio, per la continuità assistenziale, a tempo indeterminato:  
dal \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_;  
dal \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_;
- non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità contemplate dall'art. 17 dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale del 23/03/2005 e ss.mm.ii.

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

Allega dichiarazione sostitutiva di atto notorio relativo ad eventuali posizioni 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).

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto/a.....  
nato/a a .....prov. ....il  
.....residente a .....  
prov. ....Via ..... N. .... CAP .....  
ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

### D I C H I A R A

- 1) essere/non essere \* 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:  
soggetto ..... ore settimanali ..... via .....  
..... comune ..... tipo di rapporto di lavoro ..... dal .....;
- 2) essere/non essere \* titolare di incarico di assistenza primaria con massimale di n. .... scelte e con n. .... scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di ..... A.S.S.L di ..... periodo dal.....;
- 3) essere/non essere \* titolare di incarico come medico specialista pediatra di libera scelta presso l'Area Socio Sanitaria Locale di ..... ambito territoriale di.....;
- 4) essere/non essere \* titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:  
A.S.S.L ..... branca ..... ore settimanali .....;  
A.S.S.L ..... branca ..... ore settimanali .....;
- 5) essere/non essere \* iscritto negli elenchi dei medici specialisti preaccreditati esterni:  
provincia ..... branca ..... dal .....;
- 6) essere/non essere \* titolare di incarico a tempo determinato o indeterminato di continuità assistenziale o emergenza sanitaria territoriale nella Regione.....A.S.S.L di .....sede..... ore settimanali .....;
- 7) essere/non essere \* iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al decreto legislativo n. 256/91 o a corsi di specializzazione di cui al decreto legislativo n. 257/91 e corrispondenti norme del decreto legislativo n. 368/99:  
denominazione del corso ..... soggetto che lo svolge.....inizio dal .....;
- 8) operare/non operare \* a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le A.S.S.L ai sensi dell'art. 8 quinquies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:  
organismo .....ore settimanali .....comune .....  
..... tipo di attività .....tipo di lavoro ..... dal .....;
- 9) operare/non operare \* a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 48 della legge n.833/78:  
organismo.....ore settimanali .....comune..... tipo di attività .....tipo di rapporto di lavoro ..... dal .....;
- 10) svolgere/non svolgere \* funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della legge n. 626/93: Azienda ..... ore settimanali .....al .....

- 11) svolgere/non svolgere \*\* per conto dell'INPS o dell'A.S.S.L di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito del quale può acquisire scelte: A.S.S.L di ..... dal .....
- 12) avere/non avere \* qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:.....dal .....
- 13) essere/non essere \* titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possano configurare un conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il servizio sanitario nazionale: ..... dal .....
- 14) fruire/non fruire \* del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14 ottobre 1976 del Ministero del lavoro e della previdenza sociale: dal .....
- 15) svolgere/non svolgere \* altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate:  
tipo di attività ..... dal .....
- 16) essere/non essere \* titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate: A.S.S.L di ..... tipo di attività .....ore settimanali ..... dal .....
- 17) operare/non operare \* a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico oltre alle ipotesi sopra evidenziate, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata soggetto pubblico.....via.....comune ..... tipo di rapporto di lavoro .....tipo di attività ..... dal .....
- 18) essere/non essere \* titolare di trattamento di pensione: ..... dal .....
- 19) fruire/non fruire \* del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita:  
soggetto erogatore dell'adeguamento..... dal .....

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero <sup>2</sup>.

Data .....

Firma <sup>3</sup> .....

---

\* **Cancellare la voce che non interessa**

<sup>2</sup> **Ai sensi dell'art. 76, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia".**

<sup>3</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 445/2000).**

2)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI  
CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

**BOLLO € 16**

**(PER GRADUATORIA ANNO 2022)**

ARES Sardegna

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

n. identificativo della marca da bollo

nr. \_\_\_\_\_

Il sottoscritto/a Dr.....nato/a a.....il.....

residente a.....prov.....Via.....n. ....

CAP.....tel.....cell.....

Iscritto/a nella graduatoria unica regionale per la medicina generale valevole per l'anno 2022 (pubblicata nel BURAS n. 1 del 07/01/2022 così come rettificata e ripubblicata nel BURAS n.42 del 22/09/2022)

**FA DOMANDA**

secondo quanto previsto dall'art. 63 dell'ACN del 23/03/2005 così come modificato dall'art. 6 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale recepito con Atto di Intesa della Conferenza Stato – Regioni del 21 giugno 2018 e ss.mm.ii., per l'assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati nel BURAS n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, come di seguito indicato:

SEDE		ASSL		SEDE		ASSL	
SEDE		ASSL		SEDE		ASSL	
SEDE		ASSL		SEDE		ASSL	
SEDE		ASSL		SEDE		ASSL	
SEDE		ASSL		SEDE		ASSL	
SEDE		ASSL		SEDE		ASSL	
SEDE		ASSL		SEDE		ASSL	

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 iscritto/a nella graduatoria unica regionale valevole per il 2022 con punti.....
- 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.....  
dal.....al.....Comune di.....prov.....

5) di essere in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale conseguito presso la Regione.....in data.....

DICHIARA INOLTRE

- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale<sup>4</sup>.

Il sottoscritto chiede di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato (barrare una sola casella; in caso di barratura di entrambe o in mancanza di indicazione della riserva prescelta la domanda non sarà valutata):

- riserva per i medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale (80%)
- riserva per i medici in possesso di titolo equipollente (20%).

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>5</sup>

.....

.....

---

<sup>4</sup> ai sensi dell'art. 15, comma 11, dell' ACN 23/03/2005 e ss.mm.ii., i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.

<sup>5</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).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto/a.....
nato/a a .....prov. ....il
residente a ..... prov.
Via ..... n. .... CAP

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

DICHIARA

- 1) essere/non essere \* 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:
soggetto ..... ore settimanali ..... via
..... comune ..... tipo di rapporto di lavoro
..... dal .....;
2) essere/non essere \* titolare di incarico di assistenza primaria presso l'Area socio sanitaria locale di..... ambito territoriale di.....;
3) essere/non essere \* titolare di incarico come medico specialista pediatra di libera scelta presso l'Area socio sanitaria locale di..... ambito territoriale di.....;
4) essere/non essere \* titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:
A.S.S.L ..... branca ..... ore settimanali .....;
A.S.S.L ..... branca ..... ore settimanali .....;
5) essere/non essere \* iscritto negli elenchi dei medici specialisti preaccreditati esterni:
provincia ..... branca ..... dal .....;
6) essere/non essere \* titolare di incarico a tempo determinato o indeterminato di continuita assistenziale o emergenza sanitaria territoriale nella Regione.....Azienda
..... ore settimanali .....;
7) essere/non essere \* iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al decreto legislativo n. 256/91 o a corsi di specializzazione di cui al decreto legislativo n. 257/91 e corrispondenti norme del decreto legislativo n. 368/99:
denominazione del corso ..... soggetto che lo svolge.....inizio dal .....;
8) operare/non operare \* a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le A.S.S.L. ai sensi dell'art. 8 quinquies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:
organismo .....ore settimanali .....comune .....
tipo di attivita .....tipo di lavoro ..... dal .....;
9) operare/non operare \* a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 48 della legge n.833/78:
organismo..... ore settimanali.....comune..... tipo di attivita .....tipo di rapporto di lavoro ..... dal .....;
10) svolgere/non svolgere \* funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della legge n.626/93: Azienda ..... ore settimanali .....al .....;
11) svolgere/non svolgere \* per conto dell'INPS o dell'A.S.S.L di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito del quale puo acquisire scelte: A.S.S.L. ....
comune.....dal .....;
12) avere/non avere \* qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:.....dal .....;
13) essere/non essere \* titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attivita che possano configurare un conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il servizio sanitario nazionale:
..... dal .....

- 14) fruire/non fruire \* del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14 ottobre 1976 del Ministero del lavoro e della previdenza sociale:  
dal .....
- 15) svolgere/non svolgere \* altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate:  
tipo di attività ..... dal .....
- 16) essere/non essere \* titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate:  
Azienda..... tipo di attività .....ore settimanali  
..... dal .....
- 17) operare/non operare \* a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico oltre alle ipotesi sopra evidenziate, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata soggetto pubblico.....via.....comune  
..... tipo di rapporto di lavoro .....tipo di attività  
..... dal .....
- 18) essere/non essere \* titolare di trattamento di pensione: .....
- 19) fruire/non fruire \* del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita:  
soggetto erogatore dell'adeguamento..... dal .....

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero <sup>6</sup>.

Data .....

Firma <sup>7</sup> .....

---

\* **Cancellare la voce che non interessa**

<sup>6</sup> **Ai sensi dell'art. 76, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia".**

<sup>7</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).**

3)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI  
CONTINUITA' ASSISTENZIALE ANNO 2022**

BOLLO € 16

**(Medici che hanno acquisito il titolo successivamente alla scadenza del  
termine previsto per la domanda di inserimento in graduatoria regionale)**

ARES Sardegna

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

n. identificativo della marca da bollo

nr. \_\_\_\_\_

Il sottoscritto/a Dr. .... nato/a a ..... il .....

residente a ..... prov. .... Via ..... n. ....

CAP ..... tel. .... cell. ....

**FA DOMANDA**

secondo quanto previsto dall'art. 63 dell'ACN del 23/03/2005 così come modificato dall'art. 6 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale recepito con Atto di Intesa della Conferenza Stato – Regioni del 21 giugno 2018 e ss.mm.ii., per l'assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati nel BURAS n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, come di seguito indicato:

SEDE		ASSL		SEDE		ASSL	
SEDE		ASSL		SEDE		ASSL	
SEDE		ASSL		SEDE		ASSL	
SEDE		ASSL		SEDE		ASSL	
SEDE		ASSL		SEDE		ASSL	
SEDE		ASSL		SEDE		ASSL	
SEDE		ASSL		SEDE		ASSL	

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.

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

.....

Data

Firma <sup>8</sup>

.....

.....

---

<sup>8</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).**

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto/a.....  
nato/a a .....prov. ....il  
.....  
residente a ..... prov.  
.....  
Via ..... n. .... CAP  
.....

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

### D I C H I A R A

- 1) essere/non essere \* 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:  
soggetto ..... ore settimanali ..... via  
..... comune ..... tipo di rapporto di lavoro  
..... dal .....
- 2) essere/non essere \* titolare di incarico di assistenza primaria presso l'Area socio sanitaria locale di..... ambito territoriale di.....;
- 3) essere/non essere \* titolare di incarico come medico specialista pediatra di libera scelta presso l'Area socio sanitaria locale di..... ambito territoriale di.....;
- 4) essere/non essere \* titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:  
A.S.S.L ..... branca ..... ore settimanali .....;  
A.S.S.L ..... branca ..... ore settimanali .....
- 5) essere/non essere \* iscritto negli elenchi dei medici specialisti preaccreditati esterni:  
provincia ..... branca ..... dal .....
- 6) essere/non essere \* titolare di incarico a tempo determinato o indeterminato di continuità assistenziale o emergenza sanitaria territoriale nella Regione.....Azienda  
..... ore settimanali .....
- 7) essere/non essere \* iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al decreto legislativo n. 256/91 o a corsi di specializzazione di cui al decreto legislativo n. 257/91 e corrispondenti norme del decreto legislativo n. 368/99:  
denominazione del corso ..... soggetto che lo  
svolge.....inizio dal .....
- 8) operare/non operare \* a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le A.S.S.L. ai sensi dell'art. 8 quinquies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:  
organismo .....ore settimanali .....comune  
..... tipo di attività .....tipo di lavoro ..... dal  
.....;
- 9) operare/non operare \* a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 48 della legge n.833/78:  
organismo..... ore  
settimanali....comune..... tipo di attività .....tipo di rapporto di  
lavoro ..... dal .....
- 10) svolgere/non svolgere \* funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della legge n.626/93: Azienda ..... ore settimanali .....al .....
- 11) svolgere/non svolgere \* per conto dell'INPS o dell'A.S.S.L di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito del quale può acquisire scelte: A.S.S.L. ....  
comune.....dal .....

- 12) avere/non avere \* qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:.....dal .....
- 13) essere/non essere \* titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possano configurare un conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il servizio sanitario nazionale: ..... dal .....
- 14) fruire/non fruire \* del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14 ottobre 1976 del Ministero del lavoro e della previdenza sociale: dal .....
- 15) svolgere/non svolgere \* altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate: tipo di attività ..... dal .....
- 16) essere/non essere \* titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate: Azienda..... tipo di attività .....ore settimanali ..... dal .....
- 17) operare/non operare \* a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico oltre alle ipotesi sopra evidenziate, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata soggetto pubblico.....via.....comune ..... tipo di rapporto di lavoro .....tipo di attività ..... dal .....
- 18) essere/non essere \* titolare di trattamento di pensione: ..... dal .....
- 19) fruire/non fruire \* del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita: soggetto erogatore dell'adeguamento..... dal .....

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero <sup>9</sup>.

Data .....

Firma <sup>10</sup> .....

---

\* **Cancellare la voce che non interessa**

<sup>9</sup> **Ai sensi dell'art. 76, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia".**

<sup>10</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).**

**4)**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI  
CONTINUITA' ASSISTENZIALE ANNO 2022**

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

ARES Sardegna

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



**BOLLO € 16**

n. identificativo della marca da bollo

nr. \_\_\_\_\_

Il sottoscritto/a Dr.....nato/a a.....il.....

residente a.....prov.....Via.....n. ....

CAP.....tel.....cell.....

**FA DOMANDA**

secondo quanto previsto dall'art. 63, c.15-bis, dell'ACN per la medicina generale del 23/03/2005, così come sostituito dall'art. 6 dell'ACN la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, reso esecutivo con l'intesa Stato-Regioni del 21 giugno 2018 e ulteriormente modificato dall'art. 8 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale reso esecutivo con l'intesa Stato-Regioni del 18 giugno 2020, per l'assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati nel BURAS n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, come di seguito indicato:

SEDE		ASSL		SEDE		ASSL	
SEDE		ASSL		SEDE		ASSL	
SEDE		ASSL		SEDE		ASSL	
SEDE		ASSL		SEDE		ASSL	
SEDE		ASSL		SEDE		ASSL	
SEDE		ASSL		SEDE		ASSL	
SEDE		ASSL		SEDE		ASSL	

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 .....
  - ex art. 9 c.1 DL 14.12.18 N.135 convertito dalla L. 11.02.2018 n. 12
  - ex art. 12 c.3 DL 30.04.19 N.35 convertito dalla L. 25.06.2019 n. 60 (barrare la voce che ricorre)
    - 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:

.....

Data

Firma <sup>11</sup>

.....

.....

---

<sup>11</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).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto/a.....
nato/a a .....prov. ....il
residente a ..... prov.
Via ..... n. .... CAP
ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

D I C H I A R A

- 1) essere/non essere \* 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:
soggetto ..... ore settimanali ..... via
..... comune ..... tipo di rapporto di lavoro
..... dal .....;
2) essere/non essere \* titolare di incarico di assistenza primaria presso l'Area socio sanitaria locale
di..... ambito territoriale di.....;
3) essere/non essere \* titolare di incarico come medico specialista pediatra di libera scelta presso l'Area
socio sanitaria locale di..... ambito territoriale
di.....;
4) essere/non essere \* titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista
ambulatoriale convenzionato interno:
A.S.S.L ..... branca ..... ore settimanali .....;
A.S.S.L ..... branca ..... ore settimanali .....;
5) essere/non essere \* iscritto negli elenchi dei medici specialisti preaccreditati esterni:
provincia ..... branca ..... dal .....;
6) essere/non essere \* titolare di incarico a tempo determinato o indeterminato di continuit  assistenziale
o emergenza sanitaria territoriale nella Regione.....Azienda
..... ore settimanali .....;
7) essere/non essere \* iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al decreto
legislativo n. 256/91 o a corsi di specializzazione di cui al decreto legislativo n. 257/91 e corrispondenti
norme del decreto legislativo n. 368/99:
denominazione del corso ..... soggetto che lo
svolge.....inizio dal .....;
8) operare/non operare \* a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private
convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le A.S.S.L. ai sensi dell'art. 8 quinquies del decreto
legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:
organismo .....ore settimanali .....comune
..... tipo di attivit  .....tipo di lavoro ..... dal
.....;
9) operare/non operare \* a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o
non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 48 della legge n.833/78:
organismo..... ore
settimanali...comune..... tipo di attivit  .....tipo di rapporto di
lavoro ..... dal .....;
10) svolgere/non svolgere \* funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della legge
n.626/93: Azienda ..... ore settimanali .....al .....;
11) svolgere/non svolgere \* per conto dell'INPS o dell'A.S.S.L di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito del
quale pu  acquisire scelte: A.S.S.L. ....
comune.....dal .....;
12) avere/non avere \* qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse
con case di cura private e industrie farmaceutiche:.....dal
.....;
13) essere/non essere \* titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attivit  che
possano configurare un conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il servizio sanitario nazionale:
..... dal .....;

- 14) fruire/non fruire \* del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14 ottobre 1976 del Ministero del lavoro e della previdenza sociale:  
dal .....
- 15) svolgere/non svolgere \* altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate:  
tipo di attività ..... dal .....
- 16) essere/non essere \* titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate:  
Azienda..... tipo di attività .....ore settimanali  
..... dal .....
- 17) operare/non operare \* a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico oltre alle ipotesi sopra evidenziate, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata soggetto pubblico.....via.....comune  
..... tipo di rapporto di lavoro .....tipo di attività  
..... dal .....
- 18) essere/non essere \* titolare di trattamento di pensione: .....  
dal .....
- 19) fruire/non fruire \* del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita:  
soggetto erogatore dell'adeguamento..... dal .....

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero <sup>12</sup>.

Data .....

Firma <sup>13</sup> .....

---

\* **Cancellare la voce che non interessa**

<sup>12</sup> **Ai sensi dell'art. 76, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia".**

<sup>13</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).**