

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI
ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA ANNO 2023**

Medici di cui all'art. 9, comma 1, del Decreto Legge n. 135/2018, convertito con la Legge n. 12/2019 e ss.mm.ii. e di cui all'art. 12, comma 3, del Decreto Legge n. 35/2019, convertito con la Legge n. 60/2019 e ss.mm.ii. che frequentano il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione Sardegna



n. identificativo della marca da bollo

Nr. _____

ARES SARDEGNA

incarichimedecinagenerale@pec.aressardegna.it

Il/La sottoscritto/a Dott. _____ nato/a a _____ prov. ____
il _____ M F codice fiscale _____ residente a _____
prov. ____ Via _____ n. _____ cap _____ a far
data dal _____ A.S.L. di residenza _____, e residente nel territorio della
Regione _____ dal _____, tel/cell _____,
indirizzo di PEC _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto **dall'art. 34, comma 18** dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 28.04.2022, di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta presso la Regione Sardegna - anno 2023 - di cui all'avviso pubblicato sul sito istituzionale della Regione Sardegna a far data dal _____, e segnatamente per i seguenti:

ASL		AMBITO		ASL		AMBITO	
ASL		AMBITO		ASL		AMBITO	
ASL		AMBITO		ASL		AMBITO	
ASL		AMBITO		ASL		AMBITO	
ASL		AMBITO		ASL		AMBITO	
ASL		AMBITO		ASL		AMBITO	

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione),

DICHIARA

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università di..... in data con voto ____/____;
2. di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale, conseguita in data __/__/____;
3. di essere iscritto/a all'Albo Professionale dell'Ordine dei Medici della Provincia di _____, dal __/__/____;

4. di partecipare ai sensi del **punto 1a del Paragrafo 1** dell'avviso: *medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12e ss.mm.ii (Decreto Semplificazioni).*

Pertanto, dichiara di frequentare: il terzo anno il secondo anno il primo anno del corso di formazione specifica in medicina generale relativo al triennio___/___istituito presso la **Regione Sardegna** – data di inizio della frequenza del corso: _____.

di partecipare, ai sensi del **punto 1b del Paragrafo 1** dell'avviso: *medici ai sensi dell'art. 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60 e ss.mm.ii (Decreto Calabria).*

Pertanto, dichiara di frequentare: il terzo anno il secondo anno il primo anno del corso di formazione specifica in medicina generale relativo al triennio___/___ istituito presso la **Regione Sardegna** – data di inizio della frequenza del corso: _____.

– **Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo di posta elettronica certificata intestato al sottoscritto:**

Data _____

firma per esteso _____

Allega alla presente, **a pena di nullità**, unitamente alla copia fotostatica del documento di identità, la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico di cui all'articolo 34, comma 18, dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale.

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.

Data _____

Firma per esteso _____

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 a ciclo di scelta ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale del 28/04/2022 con massimale di n. ____ scelte e con n. ____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ ASSSL di _____ 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 28/04/2022 con massimale di n. ____ scelte ASSSL di _____ periodo dal _____;
- 4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno (2);
ASSSL di _____ branca _____ ore sett. ____
- 5) svolgere/non svolgere (1) attività di medico specialista ambulatoriale accreditato (2)
Provincia _____ branca _____ periodo dal _____;
- 6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 c 5, decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:
ASSSL di _____ Via _____
Tipo di attività _____ periodo dal _____;
- 7) essere/non essere (1) titolare di incarico di assistenza primaria ad attività oraria a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione Sardegna o in altra regione (2): Regione _____ ASSSL di _____ ore sett. _____ in forma attiva - in forma di disponibilità (1);
- 8) essere/non essere (1) titolare di incarico nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione Sardegna o in altra regione (2): Regione _____ ASSSL di _____ ore sett. _____ in forma attiva - in forma di disponibilità (1);
- 9) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:
Denominazione del corso: _____
Soggetto pubblico che lo svolge _____
Inizio dal _____;

19) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata:

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo dal _____;

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

_____ Periodo dal
_____;

21) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 16: (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".