

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 ASSISTENZA PRIMARIA A RAPPORTO ORARIO (PER TRASFERIMENTO ANNO 2023)**
- 2) **DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA A RAPPORTO ORARIO (PER GRADUATORIA ANNO 2023)**
- 3) **DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA A RAPPORTO ORARIO - Medici che hanno acquisito il titolo successivamente alla scadenza del termine previsto per la domanda di inserimento in graduatoria regionale (sedi 2023)**
- 4) **DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA A RAPPORTO ORARIO - Medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale (sedi 2023)**

1)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA
PRIMARIA A RAPPORTO ORARIO**



(PER TRASFERIMENTO ANNO 2023)

ARES Sardegna

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 assistenza primaria a rapporto orario

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 34 dell'ACN per la medicina generale del 28/04/2022 e ss.mm.ii., per l'assegnazione degli incarichi vacanti di assistenza primaria a rapporto orario pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Sardegna n. _____ del _____ come di seguito indicato:

1^ scelta	ASL		SEDE		8^ scelta	ASL		SEDE	
2^ scelta	ASL		SEDE		9^ scelta	ASL		SEDE	
3^ scelta	ASL		SEDE		10^ scelta	ASL		SEDE	
4^ scelta	ASL		SEDE		11^ scelta	ASL		SEDE	
5^ scelta	ASL		SEDE		12^ scelta	ASL		SEDE	
6^ scelta	ASL		SEDE		13^ scelta	ASL		SEDE	
7^ scelta	ASL		SEDE		14^ scelta	ASL		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. 34 dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale del 28/04/22 ss.mm.ii.;
- essere attualmente titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria a rapporto orario presso la sede (PUNTO GUARDIA) _____ dell'Area Socio Sanitaria Locale di _____, della Regione _____.
- aver maturato un'anzianità complessiva di primo incarico a far data dal __/__/____.

- aver prestato servizio, con incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria a rapporto orario, dal __/__/__ al __/__/__ presso la sede (PUNTO GUARDIA) _____ dell'Area Socio Sanitaria Locale di _____, della Regione _____;
- aver prestato servizio, con incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria a rapporto orario, dal __/__/__ al __/__/__ presso la sede (PUNTO GUARDIA) _____ dell'Area Socio Sanitaria Locale di _____, della Regione _____;
- aver prestato servizio, con incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria a rapporto orario, dal __/__/__ al __/__/__ presso la sede (PUNTO GUARDIA) _____ dell'Area Socio Sanitaria Locale di _____, della Regione _____;
- aver sospeso il servizio, per l'assistenza primaria a rapporto orario, 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 del 28/04/2022 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 relativa ad eventuali posizioni di incompatibilità.

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

.....

Data

Firma ¹

.....

.....

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

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto/a.....
nato/a aprov.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 a ciclo di scelta 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 assistenza primaria a rapporto orario 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:
organismoore settimanalicomune
..... tipo di attivitàtipo 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 settimanalicomune..... tipo di attivitàtipo 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 settimanalial

- 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 attivitàore 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 lavorotipo 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 ².

Data

Firma ³

* **Cancellare la voce che non interessa**

² **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".**

³ **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 ASSISTENZA A RAPPORTO ORARIO



(PER GRADUATORIA ANNO 2023)

ARES Sardegna

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 2023 (pubblicata nel BURAS n. 55 del 01/12/2022

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 34 dell'ACN del 28/04/2022 e ss.mm.ii., per l'assegnazione degli incarichi vacanti per l'assistenza primaria a rapporto orario pubblicati nel BURAS n. _____ del _____, come di seguito indicato:

1^ scelta	ASL		SEDE		8^ scelta	ASL		SEDE	
2^ scelta	ASL		SEDE		9^ scelta	ASL		SEDE	
3^ scelta	ASL		SEDE		10^ scelta	ASL		SEDE	
4^ scelta	ASL		SEDE		11^ scelta	ASL		SEDE	
5^ scelta	ASL		SEDE		12^ scelta	ASL		SEDE	
6^ scelta	ASL		SEDE		13^ scelta	ASL		SEDE	
7^ scelta	ASL		SEDE		14^ scelta	ASL		SEDE	

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 2023 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 residente nella Regione Sardegna dal giorno ___ / ___ / ____.
- 6) di essere residente in altra regione: _____.
- 7) 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 Assistenza primaria a rapporto orario⁴.

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 ⁵

.....

.....

⁴ 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 assistenza primaria a rapporto orario possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.

⁵ 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 aprov.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 assistenza primaria a rapporto orario 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:
organismoore settimanalicomune
tipo di attivitàtipo 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 attivitàtipo 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 settimanalial
- 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 attivitàore 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 lavorotipo 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 ⁶.

Data

Firma ⁷

* **Cancellare la voce che non interessa**

⁶ **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".**

⁷ **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 ASSISTENZA PRIMARIA A RAPPORTO ORARIO ANNO 2023

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

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. 34 dell'ACN del 28/04/2022 e ss.mm.ii., per l'assegnazione degli incarichi vacanti per l'assistenza primaria a rapporto orario pubblicati nel BURAS n. _____ del _____, come di seguito indicato:

1^ scelta	ASL		SEDE		8^ scelta	ASL		SEDE	
2^ scelta	ASL		SEDE		9^ scelta	ASL		SEDE	
3^ scelta	ASL		SEDE		10^ scelta	ASL		SEDE	
4^ scelta	ASL		SEDE		11^ scelta	ASL		SEDE	
5^ scelta	ASL		SEDE		12^ scelta	ASL		SEDE	
6^ scelta	ASL		SEDE		13^ scelta	ASL		SEDE	
7^ scelta	ASL		SEDE		14^ scelta	ASL		SEDE	

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 ⁸

.....

.....

⁸ **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 aprov.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 assistenza primaria a rapporto orario 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:
organismoore settimanalicomune
..... tipo di attivitàtipo 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 attivitàtipo 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 settimanalial
- 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 attivitàore 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 lavorotipo 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 ⁹.

Data

Firma ¹⁰

* **Cancellare la voce che non interessa**

⁹ **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".**

¹⁰ **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 ASSISTENZA PRIMARIA A RAPPORTO ORARIO ANNO 2023

BOLLO € 16

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

ARES Sardegna

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. 34 dell'ACN per la medicina generale del 22/04/2022, per l'assegnazione degli incarichi vacanti per l'assistenza primaria a rapporto orario pubblicati nel BURAS n. _____ del _____, come di seguito indicato:

1^ scelta	ASL		SEDE		8^ scelta	ASL		SEDE	
2^ scelta	ASL		SEDE		9^ scelta	ASL		SEDE	
3^ scelta	ASL		SEDE		10^ scelta	ASL		SEDE	
4^ scelta	ASL		SEDE		11^ scelta	ASL		SEDE	
5^ scelta	ASL		SEDE		12^ scelta	ASL		SEDE	
6^ scelta	ASL		SEDE		13^ scelta	ASL		SEDE	
7^ scelta	ASL		SEDE		14^ scelta	ASL		SEDE	

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 ¹¹

.....

.....

¹¹ **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 aprov.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 assistenza primaria a rapporto orario 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:
organismoore settimanalicomune
..... tipo di attivitàtipo 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 attivitàtipo 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 settimanalial
- 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 attivitàore 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 lavorotipo 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 ¹².

Data

Firma ¹³

* **Cancellare la voce che non interessa**

¹² **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".**

¹³ **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).**