

ALLEGATO 2a

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

(PER GRADUATORIA ANNO 2018)

BOLLO € 16

A.S.S.L. di Cagliari
Via Pier della Francesca, 1
09047 Selargius (CA)

n. identificativo della marca da bollo
(in caso di invio della domanda a mezzo pec)
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 2018 (pubblicata nel Supplemento Straordinario n.89 al BURAS n. 57 del 07/12/2017)

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 63 comma 2, lett.b) dell'ACN del 23/03/2005 e s.m.i., 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 2018 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 Assistenziale¹.

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 (60%)
☐ riserva per i medici in possesso di titolo equipollente (40%).

Allega dichiarazione sostitutiva di atto notorio per l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità (Allegato C1).

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

.....

Data

Firma ²

.....

.....

¹ 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.

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

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto/a.....
nato/a aprov.il
.....
residente aprov.
.....
Vian.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:
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 ¹.

Data

Firma ²

* **Cancellare la voce che non interessa**

¹ **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".**

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