Modulistica

Il presente allegato contiene cinque 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 (<u>PER TRASFERIMENTO ANNO 2022)</u>
- 2) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE (PER GRADUATORIA ANNO 2022)
- 3) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE (Medici che hanno acquisito il titolo successivamente alla scadenza del termine previsto per la domanda di inserimento in graduatoria regionale 2022)
- 4) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE PER L'ANNUALITA' 2022 (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)
- 5) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE PER L'ANNUALITA' 2022 (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)

(PER TRASFERIMENTO - anno 2022)

BOLLO € 16,00					
			ARES Sard	degna	
			incarichime	edicinagenerale@pec.ai	ressardegna.it
n. identificativo della	a marca da bollo				
Nr					
l sottoscritto Dr.			nato a		Prov.
	м 🗆 ғ 🗆	codice fiscale		n	Residente a
el		, titolare di incarico a te	empo indetermina	ato per l'emergenza san	itaria territoriale
	, laureato il			della Regione	, da
		FA DOMANDA DI TRA			
•	ssegnazione degli inca	richi vacanti di emerge	enza sanitaria terri	Nazionale per la medici itoriale pubblicati sul Bo	ollettino Ufficiale
della Regione Auto	ssegnazione degli inca onoma della Sardegna i	richi vacanti di emerge	enza sanitaria terri	itoriale pubblicati sul Bo egnatamente per i segue	ollettino Ufficiale enti incarichi:
•	ssegnazione degli inca	richi vacanti di emerge	enza sanitaria terri	itoriale pubblicati sul Bo	ollettino Ufficiale enti incarichi:
della Regione Auto	ssegnazione degli inca onoma della Sardegna i	richi vacanti di emerge	enza sanitaria terri	itoriale pubblicati sul Bo egnatamente per i segue	enti incarichi:
ASSL ASSL Allega alla presente dichiarazione sosti comma 6, lettera a	POSTAZIONE POSTAZIONE POSTAZIONE e, unitamente alla copia	a fotostatica del docum re il diritto a concorrer o Nazionale per la Mer	ASSL ASSL ento di identità, la re all'assegnazion dicina Generale re	POSTAZIONE POSTAZIONE A documentazione o auto ne dell'incarico ai sensi eso esecutivo con l'inte	ollettino Ufficiale enti incarichi: ocertificazione e dell'articolo 63
ASSL ASSL Allega alla presente dichiarazione sosti comma 6, lettera a del 28 aprile 2022,	POSTAZIONE POSTAZIONE POSTAZIONE e, unitamente alla copia tutiva atta a comprova d) dell'Accordo Collettiv	a fotostatica del docum ire il diritto a concorrei o Nazionale per la Mediva di incarico in emergi	ASSL ASSL ento di identità, la re all'assegnazion dicina Generale re	POSTAZIONE POSTAZIONE A documentazione o auto ne dell'incarico ai sensi eso esecutivo con l'inte	ollettino Ufficiale enti incarichi: ocertificazione e dell'articolo 63

Firma per esteso _____

Data_____

Allegato A/1 (trasferimento 2022)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Il sottoscritto		nato a		_ il
dal	_, ai sensi e agli effetti dell'ar	rt. 47 del D.P.R. 28/1	2/2000 n. 445, consap	pevole delle sanzioni
penali, nel caso di dichiaraz	cioni non veritiere, di formazio	ne o uso di atti falsi, r	ichiamate dall'art. 76 c	lel D.P.R. citato,
	Di	chiara di:		
essere in possesso de generale vigente;	ei requisiti previsti dall'art. 6	3, comma 6, dell'Acc	cordo collettivo nazior	nale per la medicina
 di aver svolto il se 	rvizio a tempo determinat			•
			,	
	dal// al/	/ con una	anzianità di incarico	complessiva di mesi
essere attualmente tito	olare di incarico a tempo indef			·
			,	_
	dal// con una			
•	con incarico a tempo indetern	•		
della Regione	il Presidio		dell ASSL di	,
_	o, per l'emergenza sanitaria te	erritoriale, a tempo ind	determinato:	
•	_al// per	·		:
dal//	_al// per			;
non trovarsi in nessuna la medicina generale vi	a delle situazioni di incompatib igente.	oilità contemplate dall'	art. 21 dell'Accordo co	llettivo nazionale per
	nformato, ai sensi e per gli ef i informatici, esclusivamente n			
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.

(PER GRADUATORIA - 2022)

BOLLO € 16,00		ARES S	ardegna	
		incarichim	edicinagenerale@pec.aressard	legna.it
n. identificativo della mare	ca da bollo			J
Nr				
			5	•1
			Prov.	
			Res n CAP	
	•		dell'Accordo Collettivo Naziona	
	-	-	, con voto	•
modicina gonoralo doi 20			, 6611 7616	
	F/	A DOMANDA		
secondo quanto previsto	dall'art. 63. comma 6. lettera	b) dell'Accordo Collettivo	Nazionale per la medicina gen	erale del
		,	ale pubblicati sul Bollettino Uffic	
	-	-	gnatamente per i seguenti incar	
			-	
ASSL	POSTAZIONE	ASSL	POSTAZIONE	
ASSL	POSTAZIONE	ASSL	POSTAZIONE	
ASSL	POSTAZIONE	ASSL	POSTAZIONE	
dichiarazione sostitutiva comma 6, lettera b) dell' allegati n (atta a comprovare il diritto a Accordo Collettivo Nazionale p) documer e informato, ai sensi e per gli e con strumenti informatici, esclu	concorrere all'assegnazio er la Medicina Generale vi nti. ffetti della normativa vigen	a documentazione o autocertific ne dell'incarico ai sensi dell'art gente: te in materia, che i dati persona I procedimento per il quale la p	icolo 63,
Chiede che ogni comuni	cazione in merito venga indiriz	zata presso il seguente inc	lirizzo pec intestato al sottoscrit	to:
- J	I 3	,	,	

Firma per esteso _____

Data _____

ALLEGATO B/1 (graduatoria 2022)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (Art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

II sottoscritto		nato a	
il	ai sensi e agli effetti dell'a	art.46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consap	evole delle sanzioni penali,
nel caso di dichiarazio	oni non veritiere, di formazione	e o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 de	I D.P.R. citato,
		dichiara:	
 di aver conseguit 	o l'attestato di idoneità all'ese	rcizio dell'attività di emergenza sanitaria ter	ritoriale in data
rilasciato dalla AS	SSL di	Regione	·
di essere reside	nte nella Regione	Comune di	provincia
di	dal		
		_	
Data		Firma	1

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

(art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

II 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	2. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sa	ınzioni penali, ne	l caso di dichiarazioni	non veritiere, di fo	rmazione
o uso di atti i	falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. citat	ю,			
		dichiara di:			
1)	essere/non essere (1) titolare di rapporte	o di lavoro diper	ndente a tempo pieno	o, a tempo definito	o, a tempo
	parziale, anche come incaricato o supple			,	
	Soggetto			ore settimana	li
	Via	Comune	di		
	Tipo di rapporto di lavoro		periodo dal		;
2)	essere/non essere (1) titolare di incarico	come medico di a	assistenza primaria ai	sensi dell'Accordo	Collettivo
,	Nazionale per la medicina generale del 29		· ·		
	•		del mese di		
	pei	•			
3)	essere/non essere (1) titolare di incarico c	come medico ped	liatra di libera scelta ai	sensi dell'Accordo	Collettivo
	Nazionale per la pediatria di libera sce				
	perio	odo dal		;	
4)	essere/non essere (1) titolare di incarico a	a tempo indetern	ninato o a tempo dete	rminato (1) come s	specialista
	ambulatoriale convenzionato interno (2);				
	ASSLbranca	I		ore sett	
5)	svolgere/non svolgere (1) attività di medic	co enecialista am	hulatoriale accreditate	n (2)	
3)	Provincia branca _	-			
	Fiovilicia bialica		periodo dai _		,
6)	avere/non avere (1) un apposito rapporto	instaurato ai ser	nsi dell'art. 8 c 5, D.Lg	s n. 502/92 e s.m.	i:
	ASSL Via _				
	Tipo di attività	periodo da	I		;
7)	essere/non essere (1) titolare di incarico d	di guardia medic	a, nella continuità ass	istenziale o nella e	mergenza
	sanitaria territoriale a tempo indetermina	ato o a tempo de	eterminato (1), nella F	Regione Sardegna	ı o in altra
	regione (2):				
	Regione	_ ASSL	ore sett	in forma	a 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 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;
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 ASSL ore sett
	Via Comune di
	Periodo dal;
12)	
12)	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;
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;

Dat	 a Firma
note	
note	Pensionato dal;
	punto 15: (2) soggetto erogante il trattamento pensionistico
20)	fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui a
	Periodo dal;
19)	essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a (2):
	Periodo dal;
	Tipo di rapporto di lavoro
	Tipo di attività
	Via Comune di
	Soggetto pubblico
	4,5,6,7):
	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
18)	operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività c
	Periodo dal;
	Tipo di attività
,	ASSL ore sett
17)	Periodo dal; essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato (1) (2):
	(indicare qualsiasi auto upo di attivita non compreso nei punu precedenti, in caso negativo scrivere nessuria)
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
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;

(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".

(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 2022)

BOLLO	€ 16,00			Α	RES Sardegr	na	
				in	carichimedicina	generale@pec.a	ressardegna.it
n. identif	icativo della mar	ca da bollo					
Nr							
II sottoso	critto Dr		n	ato a			_ Prov il
	М [F codice fis	scale				Residente a
		i	prov Via			n C	CAPtel.
			FA DOMA	ANDA			
secondo	guanto previsto	dall'art 63 com	nma 6, lettera c) dell'.	Accordo Ca	ollettivo Naziona	lle per la medicir	na denerale del
	-		hi vacanti di emergeni			-	_
		· ·	del		•		
A 0.01		DOCTATIONS		1,001	· •	DOOTA ZIONE	
ASSL		POSTAZIONE		ASSL		POSTAZIONE	
ASSL		POSTAZIONE		ASSL		POSTAZIONE	
ASSL		POSTAZIONE		ASSL		POSTAZIONE	
A tal fin	e, consapevole	e delle respons	abilità amministrativ	e e penal	i conseguenti a	a dichiarazioni	l mendaci, così
	•	•	5/2000, ai sensi de	•	-		·
			DICHIA	ιRA			
1)			ploma di laurea in in data				so l'Università
2)			testato di formazior del triennio		cina generale	conseguito a	
3) (gid	di essere resion orno/mese/ann		une di	prov.	dal		a tutt'oggi
	precedenti res		Comune di		prov		
dal.		al	Comune di		prov		
dal.		al	Comune di		prov		

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente in materia, che i dati personali accolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la resente dichiarazione viene resa. Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso il seguente indirizzo pec intestato al sottoscritto:	
Pata Firma per esteso	

Allega dichiarazione sostitutiva di atto notorio per l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità.

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 2022)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Il sottoscritto	nato a	
ilai sensi e agli effetti de	ell'art.46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sa	nzioni penali,
nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazio	one o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. citato),
	dichiara:	
di aver conseguito l'attestato di idoneità all'e	esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale in dat	ta
rilasciato dalla ASSL di	Regione	
di essere residente nella Regione	Comune di	provincia
didal		
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 2022)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

(art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

II sottoscritto	Dr		nato a	il
	residente in	via	r	n iscritto
all'Albo dei _		della Provincia di	ai sensi e a	agli effetti dell'art.
47 del D.P.R	R. 28/12/2000 n. 445, consa	apevole delle sanzioni penali, nel cas	o di dichiarazioni non verit	iere, di formazione
o uso di atti l	falsi, richiamate dall'art. 76	del D.P.R. citato,		
		dichiara di:		
	(1)			
21)		plare di rapporto di lavoro dipendent		o definito, a tempo
	•	aricato o supplente, presso soggetti p	• • • •	
		Comune di		
	Tipo di rapporto di lavoro	perio	odo dal	;
22)	essere/non essere (1) titol	lare di incarico come medico di assis	stenza primaria ai sensi de	ll'Accordo Collettivo
	Nazionale per la medicina	generale del 29.07.2009 con massir	male di n scelte e c	on n scelte in
	carico con riferiment	to al riepilogo mensile del	mese di	ASSL
		periodo dal	;	
23)	essere/non essere (1) titol	are di incarico come medico pediatra	di libera scelta ai sensi de	Il'Accordo Collettivo
	Nazionale per la pediatri	a di libera scelta del 15/12/2005	con massimale di n	scelte ASSL
		periodo dal	;	
24)	essere/non essere (1) titol	lare di incarico a tempo indeterminat	to o a tempo determinato (1) come specialista
	ambulatoriale convenziona	ato interno (2);		
	ASSL	branca	ore sett	
25)	syolaere/non syolaere (1)	attività di medico specialista ambula	toriale accreditato (2)	
20)		branca		
			•	
26)	, , ,	posito rapporto instaurato ai sensi de		92 e s.m.i:
	ASSL	Via		
	Tipo di attività	periodo dal		;
27)	essere/non essere (1) tital	lare di incarico di guardia medica, ne	alla continuità assistenziale	o nella emergenza
21)	` '	npo indeterminato o a tempo determ		· ·
	regione (2):	ipo indeterminato o a tempo determ	illiato (1), ficila regione (Saraegria o in aina
		ASSL	ore sett	in forma attiva -
	in forma di disponibilità (1)		OIG 3GII	
	iii ioiiiia ui uispoiiibilita (1	<i>)</i> ,		
28)	essere/non essere iscritto	(1) a corso di formazione in medicina	a 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
00)	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;

a	Firma
)	
	Pensionato dal;
	soggetto erogante il trattamento pensionistico
40)	fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui a punto 15: (2)
10)	Periodo dal;
39)	essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a (2):
	Periodo dal;
	Tipo di rapporto di lavoro
	Tipo di attività
	Via Comune di
	Soggetto pubblico
	4,5,6,7):
	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
38)	operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività o
	Periodo dal;
	Tipo di attività
31)	ASSL comune di ore sett
37)	essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato (1) (2):
	Periodo dal;

- (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".

SEDI 2022

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 € 16,0	0			AR	RES Sardegr	na		
]			· ·	generale@pec.ar	essardegr	na.it
n. identificativo	della marca	da bollo		11100		gonoraio o poolai	occaracgi	iair
Nr.								
			nato	o a			Prov.	il
			cale					
		р	rov Via			n C	AP	_ tel.
	,							
			FA DOMAN	IDA				
ASSL		OSTAZIONE		ASSL	_, 0	POSTAZIONE		
	-	_	i vacanti di emergenza		-			
_			del		_,		I	
ASSL	P	OSTAZIONE		ASSL		POSTAZIONE		
ASSL	Р	OSTAZIONE		ASSL		POSTAZIONE		
tal fine, con	sapevole o	delle responsa	bilità amministrative	e penali	conseguenti a	a dichiarazioni ı	nendaci,	così
ome previsto	dall'art. 7	6 del DPR 445	5/2000, ai sensi degl	i artt. 46 e	e 47del DPR	445/00:		
			DICHIAR	2A				
1) di e	ssere in p	ossesso del d	iploma di laurea in N	/ledicina	e Chirurgia co	onseguito press	so l'Unive	rsità
			in data ormazione specifica				orco trion	nala
2) ui i	/	pres	sso la regione Sarde	gna inizia	ato in data		7130 tileti	iiaic
	anno anno							
	anno							
	ssere resi ese/anno)		une di	prov	/ dal		a tutt'og	ıgi
4) pred	cedenti res	sidenze:						
dal	al		Comune di		prov			

dai	aı	Comune al	prov	••••
dal	al	Comune di	prov	
Allega dichiaraz	ione sostitutiva	di atto notorio per l'accerta	mento di eventuali situaz	ioni di incompatibilità
Chiede che ogni	comunicazion	e in merito venga inviata al	seguente indirizzo pec in	ntestato al sottoscritto:
Data			Firma 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).

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, cons	apevole delle sanzioni penali,
nel caso di dichiara	azioni non veritiere, di formazior	ne o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76	del D.P.R. citato,
		dichiara:	
di aver conse	guito l'attestato di idoneità all'es	ercizio dell'attività di emergenza sanitaria	territoriale in data
rilasciato dalla	ASSL di	Regione	.
di essere resi	dente nella Regione	Comune di	provincia di
	dal		
Data		Fir	rma

(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			n	iato a	il	
	residente in		via		n	iscritto
ıll'Albo dei _		della Provincia di		ai ser	nsi e agli effett	ti dell'art.
7 del D.P.R	. 28/12/2000 n. 445, co	onsapevole delle sanzi	oni penali, nel caso	o di dichiarazioni nor	n veritiere, di f	ormazione
uso di atti	falsi, richiamate dall'art	76 del D.P.R. citato,				
		dic	chiara di:			
41)	essere/non essere (1) titolare di rapporto d	li lavoro dipendente	e a tempo pieno, a	tempo definit	o, a temp
	parziale, anche come	incaricato o supplente	, presso soggetti pi	ubblici o privati (2):		
	Soggetto				ore settimana	ali il£
	Via		Comune di			
	Tipo di rapporto di lav	/oro	period	do dal		
42)	essere/non essere (1)) titolare di incarico con	ne medico di assist	enza primaria ai ser	ısi dell'Accord	o Collettivo
	Nazionale per la medi	icina generale del 29.0°	7.2009 con massim	nale di n scel	te e con n	scelte in
	carico con riferir	mento al riepilogo	mensile del	mese di		ASSI
		period	do dal		;	
43)	essere/non essere (1)	titolare di incarico com	ne medico pediatra	di libera scelta ai ser	nsi dell'Accord	o Collettivo
	Nazionale per la ped	diatria di libera scelta	del 15/12/2005	con massimale di r	n scelte	e ASSI
		periodo	o dal	;		
44)	essere/non essere (1)) titolare di incarico a te	empo indeterminato	o o a tempo determir	nato (1) come	specialista
	ambulatoriale conven	zionato interno (2);				
	ASSL	branca		ore	sett	
45)	svolgere/non svolgere	e (1) attività di medico s	specialista ambulat	oriale accreditato (2)	
	Provincia	branca		periodo dal		;
46)	avere/non avere (1) u	n apposito rapporto ins	staurato ai sensi de	ell'art. 8 c 5, D.Lgs n.	502/92 e s.m	ı.i:
	ASSL	Via				
	Tipo di attività		periodo dal			;
47)	essere/non essere (1)) titolare di incarico di g	juardia medica, nel	la continuità assiste	nziale o nella	emergenza
	sanitaria territoriale a	tempo indeterminato	o a tempo determi	inato (1), nella Regi	one Sardegn	a o in altra
	regione (2):					
	Regione	A	SSL	ore sett	in form	a attiva -
	in forma di disponibilit	tà (1);				
48)	essere/non essere iso	critto (1) a corso di form	nazione in medicina	generale di cui al D	.Lgs. n. 256/9	1 o a cors

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 privati convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le ASSL ai sensi dell'art. 8 - quinquies del D.Lgs r 502/92 e s.m.i. (2):
	Organismoore 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 no
	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 r 626/93
	ASSL ore sett
	Via Comune di
50)	Periodo dal;
52)	svolgere/non svolgere (1), per conto dell'INPS dell'ASSL di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territorial 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 co
	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

	ASSL ore sett					
	Tipo di attività					
58)	Periodo dal; operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività d					
,	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 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 a					
	punto 15: (2)					
	soggetto erogante il trattamento pensionistico					
	Pensionato dal;					
е						
ta						
	Firma					

(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".

SEDI 2022

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	0	ARES	Sardegna	
		incarich	imedicinagenerale@pec.are	essardegna.it
. identificativo	della marca da bollo			
۱r				
	•			
	M			
	prov	Via	n C	AP tel.
	,			
		FA DOMANDA		
∍condo quanto	previsto dall'art. 63, comma 6,	lettera e) dell'Accordo Collettiv	o Nazionale per la medicin	a generale del
8/04/2022, di a	ssegnazione degli incarichi vacar	nti di emergenza sanitaria territo	oriale pubblicati sul Bollettino	o Ufficiale della
	oma della Sardegna n de			
egione / tatoric	onia della Sardegna II de	,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,,	segnatamente per i seguent	i iricariorii.
ASSL	POSTAZIONE	ASSL	POSTAZIONE	
ASSL	POSTAZIONE	ASSL	POSTAZIONE	
AOOL	TOSTAZIONE	ASSE		
ASSL	POSTAZIONE	ASSL	POSTAZIONE	
tal fine, cons	sapevole delle responsabilità :	amministrative e penali cons	seguenti a dichiarazioni n	nendaci, così
	dall'art. 76 del DPR 445/2000	•	•	
J	a a a	,, a		
		DICHIARA		
	ssere in possesso del diploma			o l'Università
	li Studi di			
	requentare il corso di formaz			rso triennale
	presso la anno	regione Sardegna iniziato ir	ı uala	
	anno			
	anno			
	ssere residente nel Comune d	liprov	dal	.a tutt'oggi
				00
	ese/anno)			00
(giorno/m				33

dal	aı	Comune al	prov	
dal	al	Comune di	prov	
Allega dichiarazi	one sostitutiv	a di atto notorio per l'accertament	o di eventuali situazioni di	incompatibilità .
Chiede che ogni	comunicazio	ne in merito venga inviata al segu	ente indirizzo pec intestato	al sottoscritto:
Data			Firma 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).

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)

II sottoscritto		nato a	
il	ai sensi e agli effetti dell'a	rt.46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consap	pevole delle sanzioni penali
nel caso di dichiarazi	oni non veritiere, di formazione	o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 de	el D.P.R. citato,
		dichiara:	
		rcizio dell'attività di emergenza sanitaria te	
		Comune di	
	dal		
Data		Firm	a

(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)

II sottoscritto	Dr	nat	o a	il	
	residente in	via		n	iscritto
all'Albo dei _		_della Provincia di	ai sen	ısi e agli effet	ti dell'art.
47 del D.P.R	R. 28/12/2000 n. 445, consa	apevole delle sanzioni penali, nel caso d	li dichiarazioni non	ı veritiere, di	formazione
o uso di atti	falsi, richiamate dall'art. 76	del D.P.R. citato,			
		dichiara di:			
5)	essere/non essere (1) tite	olare di rapporto di lavoro dipendente a	a tempo pieno, a	tempo defini	to, a tempo
	parziale, anche come inca	aricato o supplente, presso soggetti pub	blici o privati (2):		
		Comune di			
	Tipo di rapporto di lavoro	periodo	dal		;
6)	essere/non essere (1) tito	olare di incarico come medico di assisten	ıza primaria ai sen	si dell'Accord	do Collettivo
	Nazionale per la medicina	a generale del 29.07.2009 con massimal	e di n scelt	te e con n	scelte in
	carico con riferimen	to al riepilogo mensile del	mese di		ASSL
		periodo dal	;	,	
7)		lare di incarico come medico pediatra di			
	Nazionale per la pediatr	ia di libera scelta del 15/12/2005 con		ı scelt	e ASSL
8)		plare di incarico a tempo indeterminato o	a tempo determin	iato (1) come	specialista
	ambulatoriale convenzion				
	ASSL	branca	ore s	sett	
9)	svolgere/non svolgere (1)	attività di medico specialista ambulatori	ale accreditato (2)	1	
	Provincia	branca	_periodo dal		;
10)	avere/non avere (1) un ap	oposito rapporto instaurato ai sensi dell'a	art. 8 c 5, D.Lgs n.	502/92 e s.m	n.i:
	ASSL	Via			
	Tipo di attività	periodo dal			;
11)	essere/non essere (1) tito	olare di incarico di guardia medica, nella	continuità assister	nziale o nella	emergenza
,	• • •	npo indeterminato o a tempo determina			ŭ
	regione (2):			•	
	Regione	ASSL	ore sett	in form	na attiva -
	in forma di disponibilità (1	ı);			
12\	essere/non essere iscritto	o (1) a corso di formazione in medicina g	enerale di cui al D	.Las. n. 256/9	al 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 privat convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le ASSL ai sensi dell'art. 8 - quinquies del D.Lgs 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 no	n
	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 ASSL ore sett	
	Via Comune di	
`	Periodo dal;	
16)	svolgere/non svolgere (1), per conto dell'INPS dell'ASSL di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territorial del quale può acquisire scelte (2);	le
	ASSL Comune di	
	Periodo dal;	
17)	avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse co	nn.
.,,	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;	ıe
19)	fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenz competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale; Periodo dal	ːa _;

:a	
e 	
	,
	soggetto erogante il trattamento pensionistico;
24)	fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui a punto 15: (2)
	Periodo dal;
23)	essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a (2):
	Periodo dal;
	Tipo di attività Tipo di rapporto di lavoro
	Via Comune di
	Soggetto pubblico
	dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1,2,3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn 4,5,6,7):
22)	operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da
	Periodo dal;
	Tipo di attività
21)	essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato (1) (2): ASSL Comune di ore sett
	Periodo dal;

(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".