



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Medicina penitenziaria sedi vacanti anno 2026

All. 1) det. 535 del 05.05.2026

ASL	istituto di pena	incarichi VACANTI	ore/sett per ciascun incarico
Sassari	Giovanni Bacchiddu - Bancali	9	24
		1	36
	Giuseppe Tomasiello - Alghero	7	24
Gallura	Paolo Pittalis - Tempio Pausania	6	24
Nuoro	Badu 'e Carros - Nuoro	3	38
		2	27
	Mamone - Onani	3	38
		2	27
Ogliastra	San Daniele - Lanusei	2	24
Oristano	Salvatore Soro - Massama	4	36
		1	24
Medio Campidano	Arbus -Is arenas	4	38
Cagliari	Ettore Scalas -Uta	4	26
		2	38
	Isili	5	24
	istituto penale minorile Quartucciu	1	24

Modulistica

Il presente allegato contiene sei possibili modelli di domanda (fac-simile), 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 PENITENZIARIA (**PER TRASFERIMENTO - ANNO 2026**)
- 2) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PENITENZIARIA (**PER GRADUATORIA - ANNO 2026**)
- 3) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PENITENZIARIA (**Medici che hanno acquisito il titolo successivamente alla scadenza del termine previsto per la domanda di inserimento in graduatoria regionale - ANNO 2026**)
- 4) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PENITENZIARIA (**Medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale, non compresi nel punto precedente - ANNO 2026**)
- 5) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PENITENZIARIA (**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 - ANNO 2026**)
- 6) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PENITENZIARIA (**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 - ANNO 2026**)

1)

ART. 72, COMMA 3, LETT. A)

ACN Medicina Generale del 15 gennaio 2026 DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PENITENZIARIA 2026

PER TRASFERIMENTO

Medici titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza penitenziaria

ARES SARDEGNA

incarichimedecinagenerale@pec.aressardegna.it

Marca da bollo (€ 16,00)

Numero identificativo della marca da bollo

Il/la sottoscritto/a nato/a a Prov..... il
..... Codice Fiscale Residente a
..... Via n..... CAP
Email Tel..... Cell..... PEC
(obbligatoria):.....

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO LETTERA A)

secondo quanto previsto dall'art.72, comma 3, lettera A) del vigente ACN per la Medicina Generale, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di assistenza penitenziaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Sardegna, n. _____ in data _____:

e indica la seguente scelta:

ISTITUTO PENITENZIARIO		Ore/sett da all.to 1)		ISTITUTO PENITENZIARIO		Ore/sett da all.to 1)	
ISTITUTO PENITENZIARIO		Ore/sett da all.to 1)		ISTITUTO PENITENZIARIO		Ore/sett da all.to 1)	
ISTITUTO PENITENZIARIO		Ore/sett da all.to 1)		ISTITUTO PENITENZIARIO		Ore/sett da all.to 1)	

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 art. 46 e 47 del DPR 445/2000

DICHIARA

- 1. di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università di _____ in data _____ con voto ____/110 o ____/100;
- che il Diploma di Laurea di cui al punto precedente è titolo abilitante ai sensi dell'art. 102 del D.L 18/2020 convertito con modificazioni dalla L. 24 aprile 2020, n. 27;
- di aver conseguito il Diploma di Laurea in _____ in un paese estero riconosciuto in Italia con Decreto Ministeriale n. ____ del _____ (di cui si allega copia);
- 2. di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data _____;
- 3. di essere iscritto/a all'Albo Professionale dell'Ordine dei Medici della Provincia di _____, dal _____
- 4. di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza penitenziaria.**

presso l'Azienda _____ di _____,
Istituto Penitenziario _____ (indicare sede),
pec (Istituto) _____ dal _____

5. di essere stato/a precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato di medico di assistenza penitenziaria.

dal _____ al _____ ASL _____ istituto _____ Regione _____

dal _____ al _____ ASL _____ istituto _____ Regione _____

dal _____ al _____ ASL _____ istituto _____ Regione _____

con anzianità complessiva di incarico di medico di assistenza penitenziaria come sopra indicati, pari a mesi _____, detratti i periodi di sospensione dall'incarico di cui all'art. 22 comma 1 dell'ACN 04/04/2024 di seguito indicati:

detratti gli eventuali periodi di sospensione dell'incarico ai sensi dell'art. 22, comma 1 del vigente ACN.

dal..... al totale giorni..... Regione

dal..... al totale giorni Regione

dal..... al totale giorni Regione

dal..... al totale giorni Regione

(si precisa che, in caso di servizi contemporanei, ai fini della determinazione dell'anzianità di incarico, ne verrà valutato uno solo)

DICHIARA ALTRESÌ

- di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679;
- di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016;

NOTE _____

Allega:

- **Domanda**
- **Allegato AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA**
- **copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).**
- **copia fotostatica codice fiscale.**

Luogo e data (firma autenticata)*

(*) La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la domanda è corredata di fotocopia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii., o se viene resa con firma digitale ai sensi della normativa vigente.

L'inosservanza di quanto specificato comporta l'esclusione della domanda

Allegato
AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA
(Dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il/La sottoscritto/a Dott. _____ C.F. _____
nato a _____ il _____ residente in _____
Via/Piazza _____ n. _____ indirizzo di PEC
_____, n. tel/cell _____ iscritto
all'Albo dei _____ della Provincia di _____

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e ss.mm.ii., consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del T.U. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia,

dichiara di:

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 di _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

2) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato temporaneo di sostituzione provvisorio di **medico di assistenza primaria a ciclo di scelta** ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico, con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

3) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato a tempo determinato di sostituzione provvisorio di **medico di assistenza primaria ad attività oraria** ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG con numero di ore _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

4) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato a tempo determinato di sostituzione provvisorio di medico di **assistenza primaria a ruolo unico** ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG con numero di ore _____ e numero di scelte in carico _____, con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

5) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato temporaneo di sostituzione di **medico di medicina dei servizi territoriali** ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG con numero di ore _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

6) essere / non essere titolare di incarico di **emergenza sanitaria territoriale** a tempo indeterminato / a tempo determinato, in Regione Sardegna o in altra Regione:

Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____

Periodo: dal _____

7) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato temporaneo a tempo determinato di sostituzione provvisorio di **medico di assistenza penitenziaria** ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG con numero di ore _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

8) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di sostituzione provvisorio di **pediatria di libera scelta** convenzionato ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale PLS con massimale _____

di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

9) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato/ a tempo determinato come **specialista ambulatoriale convenzionato interno** **veterinario**, altra professionalità sanitaria **biologo** **chimico** **psicologo**:

Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____

Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____

Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____

Periodo: dal _____

10) svolgere / non svolgere attività di **medico specialista ambulatoriale accreditato con il SSN**:

Provincia _____ branca _____

periodo: dal _____

11) avere / non avere un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 8 - quinquies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni:

Azienda _____ Via _____

tipo di attività _____

Periodo: dal _____

12) di essere in possesso:

del titolo di formazione specifica in medicina generale (di cui al D.lgs. 368/1999 e ss.mm.ii.) conseguito presso la Regione _____ in data _____ triennio _____/_____

del titolo equipollente al titolo di formazione specifica in medicina generale;

oppure

di essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o a corso di specializzazione di cui al D. L.gs 368/99 e ss.mm.ii. o a quanto previsto dalle norme vigenti in materia:

Denominazione del corso: _____

Soggetto pubblico che lo svolge _____

Inizio: dal _____

13) operare/ non operare a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il SSN:

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

14) operare / non operare a qualsiasi titolo in presidi, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'articolo 43 della legge 833/78:

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

15) svolgere/ non svolgere funzioni di **medico di fabbrica** o di **medico competente** ai sensi del D.Lgs 9 aprile 2008, n. 81:

Azienda _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

16) non svolgere funzioni fiscali per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione limitatamente all'ambito territoriale in cui esercita attività a ciclo di scelta o attività oraria, fatti salvi gli incarichi di medicina dei servizi territoriali:

Azienda _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

17) avere/ non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:

Periodo: dal _____

18) essere/ non essere titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/ non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi con il Servizio Sanitario Nazionale:

19) fruire/ non fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15.10.1976 del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo: dal _____

20) svolgere/ non svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere nessuna)

Periodo: dal _____

21) operare/ non operare a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (di natura differente da quanto già dichiarato nei punti precedenti):

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune _____

tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

22) non fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente da parte dei fondi pensionistici; beneficiare / non beneficiare delle sole prestazioni delle quote "A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM:

soggetto erogante il trattamento pensionistico: _____

Pensionato dal _____

23) non fruire dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP) di cui all'Allegato 5 dell'ACN MMG 28/04/2022 e successivo 04/04/2024;

24) avere/ non avere subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale MMG. In caso affermativo, e solo se riferiti ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, l'Azienda che ha irrogato la sanzione, gli estremi del provvedimento, la data e la durata della sanzione:

25) essere / non essere soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri. In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, l'Ordine dei Medici, la data e la durata (in caso di sospensione/ cancellazione dall'Ordine dei Medici):

26) avere / non avere riportato condanne penali e di avere/non avere procedimenti penali pendenti; in caso affermativo, specificare le condanne riportate, anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale e specificare i carichi pendenti: _____

NOTE:

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

data _____ firma _____(1)

Si allega fotocopia fronte/retro di documento di identità

Firma apposta alla presenza di: _____

(1) La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se corredata di fotocopia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii., o se viene resa con firma digitale ai sensi della normativa vigente.

2)

ART. 72 COMMA 3, LETT. B)
ACN Medicina Generale del 15 gennaio 2026

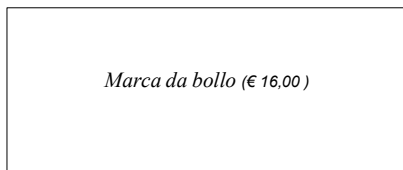
ACN Medicina Generale del 15 gennaio 2026
DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PENITENZIARIA 2026

PER GRADUATORIA

medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso (2026):

ARES SARDEGNA

incarichimedecinagenerale@pec.aressardegna.it



Marca da bollo (€ 16,00)

n. identificativo della marca da bollo

Il/la sottoscritto/a nato/a a Prov. il

..... Codice Fiscale Residente a

..... Via n. CAP

Tel.....Cell.....email.....PEC

(obbligatoria):.....

FA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER GRADUATORIA

secondo quanto previsto dall'art.72, comma 3, lettera B) del vigente ACN per la Medicina Generale, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di assistenza penitenziaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Sardegna n. _____ in data _____,

e indica la seguente scelta:

ISTITUTO PENITENZIARIO		Ore/sett da all.to 1)		ISTITUTO PENITENZIARIO		Ore/sett da all.to 1)	
ISTITUTO PENITENZIARIO		Ore/sett da all.to 1)		ISTITUTO PENITENZIARIO		Ore/sett da all.to 1)	
ISTITUTO PENITENZIARIO		Ore/sett da all.to 1)		ISTITUTO PENITENZIARIO		Ore/sett da all.to 1)	

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 art. 46 e 47 del DPR 445/2000.

DICHIARA

- 1. di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università di _____ di in data _____ con voto _____/110 o _____/100;
- che il Diploma di Laurea di cui al punto precedente è titolo abilitante ai sensi dell'art. 102 del D.L 18/2020 convertito con modificazioni dalla L. 24 aprile 2020, n. 27;
- di aver conseguito il Diploma di Laurea in _____ in un paese estero riconosciuto in Italia con Decreto Ministeriale n. _____ del _____ (di cui si allega copia);

- di essere in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale (D.lgs 368/99 e s.m.i.) conseguito il ____/____/____ presso la Regione _____; data di inizio corso ____/____/____ data di fine corso ____/____/____
- di non essere in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale (D.lgs 368/99 e s.m.i.) conseguito il
- 2. di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data _____;
- 3. di essere iscritto/a all'Albo Professionale dell'Ordine dei Medici della Provincia di _____, dal _____
- 4. di essere incluso nella graduatoria regionale approvata con Determinazione n. 1228 del 29 ottobre 2025, pubblicata nel BURAS n. 63 del 27 novembre 2025, valida per l'anno 2026 con punti _____;
- 5. di essere residente nel Comune di _____ dal _____

RECEDENTI RESIDENZE

dal _____ al _____ Comune di _____ PROV _____

dal _____ al _____ Comune di _____ PROV _____

dal _____ al _____ Comune di _____ PROV _____

dal _____ al _____ Comune di _____ PROV _____

dal _____ al _____ Comune di _____ PROV _____

- 6. di **non essere** titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza penitenziaria.

DICHIARA ALTRESÌ

- di partecipare quale medico incluso nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso, Determinazione RAS n. 1228 del 29 ottobre 2025, pubblicata nel BURAS n. 63 del 27 novembre 2025, valevole per l'anno 2026, con punti ____;
- di aver indicato i dati richiesti al precedente punto 5), relativi alla residenza perlomeno a decorrere dal 31/01/2023, necessari per l'attribuzione dei punti aggiuntivi (5 punti per la residenza nell'ambito territoriale dichiarato carente per il quale concorre e 20 punti per la residenza nell'ambito della Regione Sardegna ai sensi dell'art.72, comma 5 lettere b) e c);
- di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679;
- di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016;

NOTE _____

Allega:

- Domanda
- Allegato **AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA**
- copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).
- copia fotostatica codice fiscale.

Luogo e data

.....
(firma autenticata)*

(*) La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la domanda è corredata di fotocopia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii., o se viene resa con firma digitale ai sensi della normativa vigente.

L'inosservanza di quanto specificato comporta l'esclusione della domanda.

Allegato
AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA
(Dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il/La sottoscritto/a Dott. _____ C.F. _____
nato a _____ il _____ residente in _____
Via/Piazza _____ n. _____ indirizzo di PEC
_____, n. tel/cell _____ iscritto
all'Albo dei _____ della Provincia di _____

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e ss.mm.ii., consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del T.U. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia,

dichiara di:

- 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 di _____
tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____
- 2) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato temporaneo di sostituzione provvisorio di **medico di assistenza primaria a ciclo di scelta** ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico, con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ presso l'Azienda _____
Periodo: dal _____
- 3) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato a tempo determinato di sostituzione provvisorio di **medico di assistenza primaria ad attività oraria** ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG con numero di ore _____ presso l'Azienda _____
Periodo: dal _____
- 4) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato a tempo determinato di sostituzione provvisorio di medico di **assistenza primaria a ruolo unico** ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG con numero di ore _____ e numero di scelte in carico _____, con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ presso l'Azienda _____
Periodo: dal _____
- 5) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato temporaneo di sostituzione di **medico di medicina dei servizi territoriali** ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG con numero di ore _____ presso l'Azienda _____
Periodo: dal _____
- 6) essere / non essere titolare di incarico di **emergenza sanitaria territoriale** a tempo indeterminato / a tempo determinato, in Regione Sardegna o in altra Regione:
Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____
Periodo: dal _____
- 7) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato temporaneo a tempo determinato di sostituzione provvisorio di **medico di assistenza penitenziaria** ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG con numero di ore _____ presso l'Azienda _____
Periodo: dal _____
- 8) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di sostituzione provvisorio di **pediatria di libera scelta** convenzionato ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale PLS con massimale _____

di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

9) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato/ a tempo determinato come **specialista ambulatoriale convenzionato interno** **veterinario**, altra professionalità sanitaria **biologo** **chimico** **psicologo**:

Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____

Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____

Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____

Periodo: dal _____

10) svolgere / non svolgere attività di **medico specialista ambulatoriale accreditato con il SSN**:

Provincia _____ branca _____

periodo: dal _____

11) avere / non avere un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 8 - quinquies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni:

Azienda _____ Via _____

tipo di attività _____

Periodo: dal _____

12) di essere in possesso:

del titolo di formazione specifica in medicina generale (di cui al D.lgs. 368/1999 e ss.mm.ii.) conseguito presso la Regione _____ in data _____ triennio _____/_____

del titolo equipollente al titolo di formazione specifica in medicina generale;

oppure

di essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o a corso di specializzazione di cui al D. L.gs 368/99 e ss.mm.ii. o a quanto previsto dalle norme vigenti in materia:

Denominazione del corso: _____

Soggetto pubblico che lo svolge _____

Inizio: dal _____

13) operare/ non operare a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il SSN:

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

14) operare / non operare a qualsiasi titolo in presidi, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'articolo 43 della legge 833/78:

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

15) svolgere/ non svolgere funzioni di **medico di fabbrica** o di **medico competente** ai sensi del D.Lgs 9 aprile 2008, n. 81:

Azienda _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

16) non svolgere funzioni fiscali per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione limitatamente all'ambito territoriale in cui esercita attività a ciclo di scelta o attività oraria, fatti salvi gli incarichi di medicina dei servizi territoriali:

Azienda _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

17) avere/ non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:

Periodo: dal _____

18) essere/ non essere titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/ non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi con il Servizio Sanitario Nazionale:

19) fruire/ non fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15.10.1976 del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo: dal _____

20) svolgere/ non svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere nessuna)

Periodo: dal _____

21) operare/ non operare a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (di natura differente da quanto già dichiarato nei punti precedenti):

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune _____

tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

22) non fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente da parte dei fondi pensionistici; beneficiare / non beneficiare delle sole prestazioni delle quote "A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM:

soggetto erogante il trattamento pensionistico: _____

Pensionato dal _____

23) non fruire dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP) di cui all'Allegato 5 dell'ACN MMG 28/04/2022 e successivo 04/04/2024;

24) avere/ non avere subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale MMG. In caso affermativo, e solo se riferiti ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, l'Azienda che ha irrogato la sanzione, gli estremi del provvedimento, la data e la durata della sanzione:

25) essere / non essere soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri. In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, l'Ordine dei Medici, la data e la durata (in caso di sospensione/ cancellazione dall'Ordine dei Medici):

26) avere / non avere riportato condanne penali e di avere/non avere procedimenti penali pendenti; in caso affermativo, specificare le condanne riportate, anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale e specificare i carichi pendenti: _____

NOTE:

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

data _____ firma _____(1)

Si allega fotocopia fronte/retro di documento di identità

Firma apposta alla presenza di: _____

(1) La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se corredata di fotocopia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii., o se viene resa con firma digitale ai sensi della normativa vigente.

3)

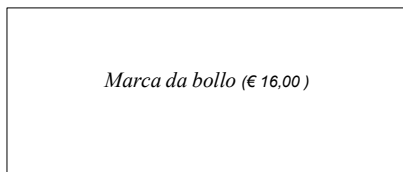
ART. 72, COMMA 3, LETT. C)
ACN Medicina Generale del 15 gennaio 2026

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PENITENZIARIA 2026**

medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale (31.01.2025).

ARES SARDEGNA

incarichimedecinagenerale@pec.aressardegna.it



n. identificativo della marca da bollo

Il/la sottoscritto/a nato/a a
Prov..... il Codice Fiscale Residente
a Via n..... CAP
Tel..... Cell.....email..... PEC
(obbligatoria):.....

FA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

secondo quanto previsto dall'art.72, comma 3, lettera C del vigente ACN per la Medicina Generale, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di assistenza penitenziaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Sardegna n.

_____ del _____

e indica la seguente scelta:

ISTITUTO PENITENZIARIO		Ore/sett da all.to 1)		ISTITUTO PENITENZIARIO		Ore/sett da all.to 1)	
ISTITUTO PENITENZIARIO		Ore/sett da all.to 1)		ISTITUTO PENITENZIARIO		Ore/sett da all.to 1)	
ISTITUTO PENITENZIARIO		Ore/sett da all.to 1)		ISTITUTO PENITENZIARIO		Ore/sett da all.to 1)	

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 art. 46 e 47 del DPR 445/2000.

DICHIARA

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università di _____ di in data _____ con voto ____/110 o ____/100;
- che il Diploma di Laurea di cui al punto precedente è titolo abilitante ai sensi dell'art. 102 del D.L 18/2020 convertito con modificazioni dalla L. 24 aprile 2020, n. 27;
- di aver conseguito il Diploma di Laurea in _____ in un paese estero riconosciuto in Italia con Decreto Ministeriale n. ____ del _____ (di cui si allega copia);
2. di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data _____;

- 3. di essere iscritto/a all'Albo Professionale dell'Ordine dei Medici della Provincia di _____, dal _____
- 4. dichiara di aver frequentato il corso di formazione specifica in medicina generale (di cui al D.lgs. 368/1999 e ss.mm.ii.) relativo al triennio 20__/20__ presso la Regione _____ e di essere in possesso del titolo di formazione specifica in Medicina Generale, conseguito in data _____, e pertanto successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale approvata con determinazione RAS. n.1228 del 29 ottobre 2025, pubblicato nel BURAS n. 63 del 27 novembre 2025; (allegare fotocopia del titolo).
- 5. di essere residente nel Comune di _____ dal _____
- 6. di **non essere** titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza penitenziaria.

DICHIARA ALTRESÌ

- di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679;
- di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016;

NOTE _____

Allega:

- **Domanda**
- **Allegato AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA**
- **copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).**
- **copia fotostatica codice fiscale.**

Luogo e data

.....

(firma autenticata)*

La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la domanda è corredata di fotocopia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii., o se viene resa con firma digitale ai sensi della normativa vigente
L'inosservanza di quanto specificato comporta l'esclusione della domanda.

Allegato
AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA
(Dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il/La sottoscritto/a Dott. _____ C.F. _____
nato a _____ il _____ residente in _____
Via/Piazza _____ n. _____ indirizzo di PEC
_____, n. tel/cell _____ iscritto
all'Albo dei _____ della Provincia di _____

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e ss.mm.ii., consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del T.U. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia,

dichiara di:

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 di _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

2) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato temporaneo di sostituzione provvisorio di **medico di assistenza primaria a ciclo di scelta** ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico, con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

3) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato a tempo determinato di sostituzione provvisorio di **medico di assistenza primaria ad attività oraria** ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG con numero di ore _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

4) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato a tempo determinato di sostituzione provvisorio di medico di **assistenza primaria a ruolo unico** ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG con numero di ore _____ e numero di scelte in carico _____, con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

5) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato temporaneo di sostituzione di **medico di medicina dei servizi territoriali** ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG con numero di ore _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

6) essere / non essere titolare di incarico di **emergenza sanitaria territoriale** a tempo indeterminato / a tempo determinato, in Regione Sardegna o in altra Regione:

Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____

Periodo: dal _____

7) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato temporaneo a tempo determinato di sostituzione provvisorio di **medico di assistenza penitenziaria** ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG con numero di ore _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

8) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di sostituzione provvisorio di **pediatria di libera scelta** convenzionato ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale PLS con massimale _____

di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

9) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato/ a tempo determinato come **specialista ambulatoriale convenzionato interno** **veterinario**, altra professionalità sanitaria **biologo** **chimico** **psicologo**:

Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____

Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____

Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____

Periodo: dal _____

10) svolgere / non svolgere attività di **medico specialista ambulatoriale accreditato con il SSN**:

Provincia _____ branca _____

periodo: dal _____

11) avere / non avere un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 8 - quinquies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni:

Azienda _____ Via _____

tipo di attività _____

Periodo: dal _____

12) di essere in possesso:

del titolo di formazione specifica in medicina generale (di cui al D.lgs. 368/1999 e ss.mm.ii.) conseguito presso la Regione _____ in data _____ triennio _____/_____

del titolo equipollente al titolo di formazione specifica in medicina generale;

oppure

di essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o a corso di specializzazione di cui al D. L.gs 368/99 e ss.mm.ii. o a quanto previsto dalle norme vigenti in materia:

Denominazione del corso: _____

Soggetto pubblico che lo svolge _____

Inizio: dal _____

13) operare/ non operare a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il SSN:

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

14) operare / non operare a qualsiasi titolo in presidi, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'articolo 43 della legge 833/78:

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

15) svolgere/ non svolgere funzioni di **medico di fabbrica** o di **medico competente** ai sensi del D.Lgs 9 aprile 2008, n. 81:

Azienda _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

16) non svolgere funzioni fiscali per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione limitatamente all'ambito territoriale in cui esercita attività a ciclo di scelta o attività oraria, fatti salvi gli incarichi di medicina dei servizi territoriali:

Azienda _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

17) avere/ non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:

Periodo: dal _____

18) essere/ non essere titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/ non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi con il Servizio Sanitario Nazionale:

19) fruire/ non fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15.10.1976 del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo: dal _____

20) svolgere/ non svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere nessuna)

Periodo: dal _____

21) operare/ non operare a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (di natura differente da quanto già dichiarato nei punti precedenti):

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune _____

tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

22) non fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente da parte dei fondi pensionistici; beneficiare / non beneficiare delle sole prestazioni delle quote "A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM:

soggetto erogante il trattamento pensionistico: _____

Pensionato dal _____

23) non fruire dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP) di cui all'Allegato 5 dell'ACN MMG 28/04/2022 e successivo 04/04/2024;

24) avere/ non avere subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale MMG. In caso affermativo, e solo se riferiti ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, l'Azienda che ha irrogato la sanzione, gli estremi del provvedimento, la data e la durata della sanzione:

25) essere / non essere soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri. In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, l'Ordine dei Medici, la data e la durata (in caso di sospensione/ cancellazione dall'Ordine dei Medici):

26) avere / non avere riportato condanne penali e di avere/non avere procedimenti penali pendenti; in caso affermativo, specificare le condanne riportate, anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale e specificare i carichi pendenti: _____

NOTE:

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

data _____ firma _____(1)

Si allega fotocopia fronte/retro di documento di identità

Firma apposta alla presenza di: _____

(1) La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se corredata di fotocopia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii., o se viene resa con firma digitale ai sensi della normativa vigente.

4)

ART. 72, COMMA 3, LETT. D)
ACN Medicina Generale del 15 gennaio 2026

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PENITENZIARIA 2026**

**Medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale, non ricompresi nella fattispecie di cui al
modulo 3**

ARES SARDEGNA

incarichimedecinagenerale@pec.aressardegna.it

Marca da bollo (€ 16,00)

n. identificativo della marca da bollo

Il/la sottoscritto/a nato/a a

Prov..... il Codice Fiscale Residente

a Via n..... CAP

Tel..... Cell..... email..... PEC

(obbligatoria):.....

FA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

secondo quanto previsto dall'art.72, comma 3, lettera D) del vigente ACN per la Medicina Generale, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di assistenza penitenziaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Sardegna n. ____ d e l ____

e indica la seguente scelta:

ISTITUTO PENITENZIARIO		Ore/sett da all.to 1)		ISTITUTO PENITENZIARIO		Ore/sett da all.to 1)	
ISTITUTO PENITENZIARIO		Ore/sett da all.to 1)		ISTITUTO PENITENZIARIO		Ore/sett da all.to 1)	
ISTITUTO PENITENZIARIO		Ore/sett da all.to 1)		ISTITUTO PENITENZIARIO		Ore/sett da all.to 1)	

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 art. 46 e 47 del DPR 445/2000

DICHIARA

- 1. di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università di _____ di in data _____ con voto ____/110 o ____/100;
- che il Diploma di Laurea di cui al punto precedente è titolo abilitante ai sensi dell'art. 102 del D.L 18/2020 convertito con modificazioni dalla L. 24 aprile 2020, n. 27;
 - di aver conseguito il Diploma di Laurea in _____ in un paese estero riconosciuto in Italia con Decreto Ministeriale n. ____ del _____ (di cui si allega copia);
- 2. di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data _____;

- 3. di essere iscritto/a all'Albo Professionale dell'Ordine dei Medici della Provincia di _____, dal _____
- 4. dichiara di essere in possesso:
 - del titolo di formazione specifica in medicina generale ai sensi del D.lgs. 368/1999 e s.m.i., conseguito il ____/____/____ presso la Regione _____ /Provincia Autonoma di _____ data inizio corso ____/____/____ data fine corso ____/____/____; (allegare fotocopia del titolo)
 - Di essere in possesso del titolo equipollente, come previsto dal D.lgs. 17 agosto 1999, n. 368 e successive modificazioni e integrazioni;
- 6. di essere residente nel Comune di _____ dal _____
- 7. di **non essere** titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza penitenziaria

DICHIARA ALTRESÌ

- di partecipare quale medico in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui all'art. 72, c.3, lett. d) ACN/2016;
- di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679;
- di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016;

NOTE _____

Allega:

- **Domanda**
- **Allegato AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA**
- **copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).**
- **copia fotostatica codice fiscale.**

Luogo e data (firma autenticata)*

La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la domanda è corredata di fotocopia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii., o se viene resa con firma digitale ai sensi della normativa vigente

L'inosservanza di quanto specificato comporta l'esclusione della domanda.

Allegato
AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA
(Dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il/La sottoscritto/a Dott. _____ C.F. _____
nato a _____ il _____ residente in _____
Via/Piazza _____ n. _____ indirizzo di PEC
_____, n. tel/cell _____ iscritto
all'Albo dei _____ della Provincia di _____

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e ss.mm.ii., consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del T.U. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia,

dichiara di:

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 di _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

2) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato temporaneo di sostituzione provvisorio di **medico di assistenza primaria a ciclo di scelta** ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico, con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

3) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato a tempo determinato di sostituzione provvisorio di **medico di assistenza primaria ad attività oraria** ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG con numero di ore _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

4) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato a tempo determinato di sostituzione provvisorio di medico di **assistenza primaria a ruolo unico** ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG con numero di ore _____ e numero di scelte in carico _____, con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

5) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato temporaneo di sostituzione di **medico di medicina dei servizi territoriali** ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG con numero di ore _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

6) essere / non essere titolare di incarico di **emergenza sanitaria territoriale** a tempo indeterminato / a tempo determinato, in Regione Sardegna o in altra Regione:

Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____

Periodo: dal _____

7) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato temporaneo a tempo determinato di sostituzione provvisorio di **medico di assistenza penitenziaria** ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG con numero di ore _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

8) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di sostituzione provvisorio di **pediatria di libera scelta** convenzionato ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale PLS con massimale _____

di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

9) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato/ a tempo determinato come **specialista ambulatoriale convenzionato interno** **veterinario**, altra professionalità sanitaria **biologo** **chimico** **psicologo**:

Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____

Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____

Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____

Periodo: dal _____

10) svolgere / non svolgere attività di **medico specialista ambulatoriale accreditato con il SSN**:

Provincia _____ branca _____

periodo: dal _____

11) avere / non avere un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 8 - quinquies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni:

Azienda _____ Via _____

tipo di attività _____

Periodo: dal _____

12) di essere in possesso:

del titolo di formazione specifica in medicina generale (di cui al D.lgs. 368/1999 e ss.mm.ii.) conseguito presso la Regione _____ in data _____ triennio _____/_____

del titolo equipollente al titolo di formazione specifica in medicina generale;

oppure

di essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o a corso di specializzazione di cui al D. L.gs 368/99 e ss.mm.ii. o a quanto previsto dalle norme vigenti in materia:

Denominazione del corso: _____

Soggetto pubblico che lo svolge _____

Inizio: dal _____

13) operare/ non operare a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il SSN:

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

14) operare / non operare a qualsiasi titolo in presidi, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'articolo 43 della legge 833/78:

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

15) svolgere/ non svolgere funzioni di **medico di fabbrica** o di **medico competente** ai sensi del D.Lgs 9 aprile 2008, n. 81:

Azienda _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

16) non svolgere funzioni fiscali per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione limitatamente all'ambito territoriale in cui esercita attività a ciclo di scelta o attività oraria, fatti salvi gli incarichi di medicina dei servizi territoriali:

Azienda _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

17) avere/ non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:

Periodo: dal _____

18) essere/ non essere titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/ non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi con il Servizio Sanitario Nazionale:

19) fruire/ non fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15.10.1976 del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo: dal _____

20) svolgere/ non svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere nessuna)

Periodo: dal _____

21) operare/ non operare a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (di natura differente da quanto già dichiarato nei punti precedenti):

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune _____

tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

22) non fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente da parte dei fondi pensionistici; beneficiare / non beneficiare delle sole prestazioni delle quote "A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM:

soggetto erogante il trattamento pensionistico: _____

Pensionato dal _____

23) non fruire dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP) di cui all'Allegato 5 dell'ACN MMG 28/04/2022 e successivo 04/04/2024;

24) avere/ non avere subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale MMG. In caso affermativo, e solo se riferiti ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, l'Azienda che ha irrogato la sanzione, gli estremi del provvedimento, la data e la durata della sanzione:

25) essere / non essere soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri. In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, l'Ordine dei Medici, la data e la durata (in caso di sospensione/ cancellazione dall'Ordine dei Medici):

26) avere / non avere riportato condanne penali e di avere/non avere procedimenti penali pendenti; in caso affermativo, specificare le condanne riportate, anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale e specificare i carichi pendenti: _____

NOTE:

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

data _____ firma _____(1)

Si allega fotocopia fronte/retro di documento di identità

Firma apposta alla presenza di: _____

(1) La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se corredata di fotocopia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii., o se viene resa con firma digitale ai sensi della normativa vigente.

5)

ART. 72, COMMA 3, LETT. E) ACN Medicina Generale del 15 gennaio 2026

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PENITENZIARIA 2026

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. 12, e s.m.i. esclusivamente nella stessa Regione presso la quale stanno frequentando il corso di formazione specifica in medicina generale (con borsa);

Marca da bollo (€ 16,00)

ARES SARDEGNA
incarichimedecinagenerale@pec.aressardegna.it

n. identificativo della marca da bollo

Il/la sottoscritto/a nato/a a
Prov..... il Codice Fiscale Residente
a Via n. CAP
Tel..... Cell..... email..... PEC
(obbligatoria):.....

FA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

secondo quanto previsto **dall'art.72, comma 3, lettera E) del vigente ACN** per la Medicina Generale, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di assistenza penitenziaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Sardegna n.

_____ in data _____;

e indica la seguente scelta:

ISTITUTO PENITENZIARIO		Ore/sett da all.to 1)		ISTITUTO PENITENZIARIO		Ore/sett da all.to 1)	
ISTITUTO PENITENZIARIO		Ore/sett da all.to 1)		ISTITUTO PENITENZIARIO		Ore/sett da all.to 1)	
ISTITUTO PENITENZIARIO		Ore/sett da all.to 1)		ISTITUTO PENITENZIARIO		Ore/sett da all.to 1)	

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76, DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000,

DICHIARA

- 1. di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università di _____ di in data _____ con voto ____/110 o ____/100;
- 2. di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data _____;
 - che il Diploma di Laurea di cui al punto precedente è titolo abilitante ai sensi dell'art. 102 del D.L 18/2020 convertito con modificazioni dalla L. 24 aprile 2020, n. 27;
 - di aver conseguito il Diploma di Laurea in _____ in un paese estero riconosciuto in Italia con Decreto Ministeriale n. ____ del _____ (di cui si allega copia);
- 3. di essere iscritto/a all'Albo Professionale dell'Ordine dei Medici della Provincia di _____, dal

□ 4. di partecipare quale **medico 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, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione Sardegna (CON BORSA), ai sensi dell'art.72 lettera e) dell'ACN/2026;**

- dichiara di frequentare:
- il terzo anno
- il secondo anno
- il primo anno del corso di formazione specifica in medicina generale relativo al triennio 20___/20___
istituito presso la Regione Sardegna data effettiva di inizio della frequenza del corso: _____
- di essere residente nel Comune di _____prov. _____dal _____;

DICHIARA INOLTRE

- **di partecipare quale medico 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, e s.m.i. esclusivamente nella stessa Regione presso la quale stanno frequentando il corso di formazione specifica in medicina generale (con borsa);**
- di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679;
- di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016;

NOTE _____

Allega:

- **Domanda**
- **Allegato AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA**
- **copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).**
- **copia fotostatica codice fiscale.**

Luogo e data

.....

(firma autenticata)*

(*) La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la domanda è corredata di fotocopia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii., o se viene resa con firma digitale ai sensi della normativa vigente.

L'inosservanza di quanto specificato comporta l'esclusione della domanda.

Allegato
AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA
(Dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il/La sottoscritto/a Dott. _____ C.F. _____
nato a _____ il _____ residente in _____
Via/Piazza _____ n. _____ indirizzo di PEC
_____, n. tel/cell _____ iscritto
all'Albo dei _____ della Provincia di _____

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e ss.mm.ii., consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del T.U. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia,

dichiara di:

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 di _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

2) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato temporaneo di sostituzione provvisorio di **medico di assistenza primaria a ciclo di scelta** ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico, con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

3) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato a tempo determinato di sostituzione provvisorio di **medico di assistenza primaria ad attività oraria** ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG con numero di ore _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

4) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato a tempo determinato di sostituzione provvisorio di medico di **assistenza primaria a ruolo unico** ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG con numero di ore _____ e numero di scelte in carico _____, con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

5) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato temporaneo di sostituzione di **medico di medicina dei servizi territoriali** ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG con numero di ore _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

6) essere / non essere titolare di incarico di **emergenza sanitaria territoriale** a tempo indeterminato / a tempo determinato, in Regione Sardegna o in altra Regione:

Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____

Periodo: dal _____

7) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato temporaneo a tempo determinato di sostituzione provvisorio di **medico di assistenza penitenziaria** ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG con numero di ore _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

8) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di sostituzione provvisorio di **pediatria di libera scelta** convenzionato ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale PLS con massimale _____

di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

9) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato/ a tempo determinato come **specialista ambulatoriale convenzionato interno** **veterinario**, altra professionalità sanitaria **biologo** **chimico** **psicologo**:

Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____

Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____

Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____

Periodo: dal _____

10) svolgere / non svolgere attività di **medico specialista ambulatoriale accreditato con il SSN**:

Provincia _____ branca _____

periodo: dal _____

11) avere / non avere un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 8 - quinquies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni:

Azienda _____ Via _____

tipo di attività _____

Periodo: dal _____

12) di essere in possesso:

del titolo di formazione specifica in medicina generale (di cui al D.lgs. 368/1999 e ss.mm.ii.) conseguito presso la Regione _____ in data _____ triennio _____/_____

del titolo equipollente al titolo di formazione specifica in medicina generale;

oppure

di essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o a corso di specializzazione di cui al D. L.gs 368/99 e ss.mm.ii. o a quanto previsto dalle norme vigenti in materia:

Denominazione del corso: _____

Soggetto pubblico che lo svolge _____

Inizio: dal _____

13) operare/ non operare a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il SSN:

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

14) operare / non operare a qualsiasi titolo in presidi, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'articolo 43 della legge 833/78:

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

15) svolgere/ non svolgere funzioni di **medico di fabbrica** o di **medico competente** ai sensi del D.Lgs 9 aprile 2008, n. 81:

Azienda _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

16) non svolgere funzioni fiscali per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione limitatamente all'ambito territoriale in cui esercita attività a ciclo di scelta o attività oraria, fatti salvi gli incarichi di medicina dei servizi territoriali:

Azienda _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

17) avere/ non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:

Periodo: dal _____

18) essere/ non essere titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/ non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi con il Servizio Sanitario Nazionale:

19) fruire/ non fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15.10.1976 del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo: dal _____

20) svolgere/ non svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere nessuna)

Periodo: dal _____

21) operare/ non operare a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (di natura differente da quanto già dichiarato nei punti precedenti):

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune _____

tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

22) non fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente da parte dei fondi pensionistici; beneficiare / non beneficiare delle sole prestazioni delle quote "A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM:

soggetto erogante il trattamento pensionistico: _____

Pensionato dal _____

23) non fruire dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP) di cui all'Allegato 5 dell'ACN MMG 28/04/2022 e successivo 04/04/2024;

24) avere/ non avere subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale MMG. In caso affermativo, e solo se riferiti ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, l'Azienda che ha irrogato la sanzione, gli estremi del provvedimento, la data e la durata della sanzione:

25) essere / non essere soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri. In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, l'Ordine dei Medici, la data e la durata (in caso di sospensione/ cancellazione dall'Ordine dei Medici):

26) avere / non avere riportato condanne penali e di avere/non avere procedimenti penali pendenti; in caso affermativo, specificare le condanne riportate, anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale e specificare i carichi pendenti: _____

NOTE:

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

data _____ firma _____(1)

Si allega fotocopia fronte/retro di documento di identità

Firma apposta alla presenza di: _____

(1) La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se corredata di fotocopia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii., o se viene resa con firma digitale ai sensi della normativa vigente.

6)

ART. 72, COMMA 3, LETT. F) ACN Medicina Generale del 15 gennaio 2026

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PENITENZIARIA 2026

medici ai sensi dell'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, esclusivamente nella stessa Regione presso la quale stanno frequentando il corso di formazione specifica in medicina generale (senza borsa);

ARES SARDEGNA

incarichimedecinagenerale@pec.aresardegna.it

Marca da bollo (€ 16,00)

n. identificativo della marca da bollo

Il/la sottoscritto/a nato/a a
Prov..... il Codice Fiscale Residente
a Via n..... CAP
Tel..... Cell.....email..... PEC
(obbligatoria):.....

FA D O M A N D A

secondo quanto previsto **dall'art.72, comma 3, lettera F)** del vigente ACN per la Medicina Generale, per l'assegnazione degli incarichi vacanti assistenza penitenziaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Sardegna n. _____ del _____

e indica la seguente scelta:

ISTITUTO PENITENZIARIO			Ore/sett da all.to 1)		ISTITUTO PENITENZIARIO		Ore/sett da all.to 1)	
ISTITUTO PENITENZIARIO			Ore/sett da all.to 1)		ISTITUTO PENITENZIARIO		Ore/sett da all.to 1)	
ISTITUTO PENITENZIARIO			Ore/sett da all.to 1)		ISTITUTO PENITENZIARIO		Ore/sett da all.to 1)	

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art.76, DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000,

D I C H I A R A

- 1. di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università di _____ di in data _____ con voto ____/110 o ____/100;
- 2. di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data _____;
- che il Diploma di Laurea di cui al punto precedente è titolo abilitante ai sensi dell'art. 102 del D.L 18/2020 convertito con modificazioni dalla L. 24 aprile 2020, n. 27;
- di aver conseguito il Diploma di Laurea in _____ in un paese estero riconosciuto in Italia con Decreto Ministeriale n. ____ del _____ (di cui si allega copia);

3. di essere iscritto/a all'Albo Professionale dell'Ordine dei Medici della Provincia di _____, dal _____
4. di partecipare quale medico 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, (ammesso al Corso di formazione tramite graduatoria riservata senza borsa di studio) e ss.mm. ii (SENZA BORSA);
- dichiara di frequentare:
 - il terzo anno
 - il secondo anno
 - il primo anno del corso di formazione specifica in medicina generale relativo al triennio 20____/20____
istituito presso la Regione Sardegna data effettiva di inizio della frequenza del corso: _____
 - di essere residente nel Comune di _____ prov. _____ dal _____;

DICHIARA INOLTRE

- di partecipare quale medico 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, (ammesso al Corso di formazione tramite graduatoria riservata senza borsa di studio) e ss.mm.ii;
- di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679;
- di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016;

Allega:

- **Domanda**
- **Allegato AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA**
- **copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).**
- **copia fotostatica codice fiscale.**

NOTE _____

Luogo e data

.....

(firma autenticata)

(*) La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la domanda è corredata di fotocopia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii., o se viene resa con firma digitale ai sensi della normativa vigente.

L'inosservanza di quanto specificato comporta l'esclusione della domanda.

Allegato
AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA
(Dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il/La sottoscritto/a Dott. _____ C.F. _____
nato a _____ il _____ residente in _____
Via/Piazza _____ n. _____ indirizzo di PEC
_____, n. tel/cell _____ iscritto
all'Albo dei _____ della Provincia di _____

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e ss.mm.ii., consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del T.U. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia,

dichiara di:

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 di _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

2) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato temporaneo di sostituzione provvisorio di **medico di assistenza primaria a ciclo di scelta** ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico, con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

3) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato a tempo determinato di sostituzione provvisorio di **medico di assistenza primaria ad attività oraria** ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG con numero di ore _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

4) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato a tempo determinato di sostituzione provvisorio di medico di **assistenza primaria a ruolo unico** ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG con numero di ore _____ e numero di scelte in carico _____, con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

5) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato temporaneo di sostituzione di **medico di medicina dei servizi territoriali** ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG con numero di ore _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

6) essere / non essere titolare di incarico di **emergenza sanitaria territoriale** a tempo indeterminato / a tempo determinato, in Regione Sardegna o in altra Regione:

Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____

Periodo: dal _____

7) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato temporaneo a tempo determinato di sostituzione provvisorio di **medico di assistenza penitenziaria** ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG con numero di ore _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

8) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di sostituzione provvisorio di **pediatria di libera scelta** convenzionato ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale PLS con massimale _____

di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

9) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato/ a tempo determinato come **specialista ambulatoriale convenzionato interno** **veterinario**, altra professionalità sanitaria **biologo** **chimico** **psicologo**:

Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____

Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____

Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____

Periodo: dal _____

10) svolgere / non svolgere attività di **medico specialista ambulatoriale accreditato con il SSN**:

Provincia _____ branca _____

periodo: dal _____

11) avere / non avere un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 8 - quinquies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni:

Azienda _____ Via _____

tipo di attività _____

Periodo: dal _____

12) di essere in possesso:

del titolo di formazione specifica in medicina generale (di cui al D.lgs. 368/1999 e ss.mm.ii.) conseguito presso la Regione _____ in data _____ triennio _____/_____

del titolo equipollente al titolo di formazione specifica in medicina generale;

oppure

di essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o a corso di specializzazione di cui al D. L.gs 368/99 e ss.mm.ii. o a quanto previsto dalle norme vigenti in materia:

Denominazione del corso: _____

Soggetto pubblico che lo svolge _____

Inizio: dal _____

13) operare/ non operare a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il SSN:

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

14) operare / non operare a qualsiasi titolo in presidi, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'articolo 43 della legge 833/78:

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

15) svolgere/ non svolgere funzioni di **medico di fabbrica** o di **medico competente** ai sensi del D.Lgs 9 aprile 2008, n. 81:

Azienda _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

16) non svolgere funzioni fiscali per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione limitatamente all'ambito territoriale in cui esercita attività a ciclo di scelta o attività oraria, fatti salvi gli incarichi di medicina dei servizi territoriali:

Azienda _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

17) avere/ non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:

Periodo: dal _____

18) essere/ non essere titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/ non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi con il Servizio Sanitario Nazionale:

19) fruire/ non fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15.10.1976 del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo: dal _____

20) svolgere/ non svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere nessuna)

Periodo: dal _____

21) operare/ non operare a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (di natura differente da quanto già dichiarato nei punti precedenti):

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune _____

tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

22) non fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente da parte dei fondi pensionistici; beneficiare / non beneficiare delle sole prestazioni delle quote "A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM:

soggetto erogante il trattamento pensionistico: _____

Pensionato dal _____

23) non fruire dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP) di cui all'Allegato 5 dell'ACN MMG 28/04/2022 e successivo 04/04/2024;

24) avere/ non avere subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale MMG. In caso affermativo, e solo se riferiti ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, l'Azienda che ha irrogato la sanzione, gli estremi del provvedimento, la data e la durata della sanzione:

25) essere / non essere soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri. In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, l'Ordine dei Medici, la data e la durata (in caso di sospensione/ cancellazione dall'Ordine dei Medici):

26) avere / non avere riportato condanne penali e di avere/non avere procedimenti penali pendenti; in caso affermativo, specificare le condanne riportate, anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale e specificare i carichi pendenti: _____

NOTE:

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

data _____ firma _____(1)

Si allega fotocopia fronte/retro di documento di identità

Firma apposta alla presenza di: _____

(1) La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se corredata di fotocopia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii., o se viene resa con firma digitale ai sensi della normativa vigente.