

Marca da bollo
€ 16,00

Alla Direzione Generale
ASP Messina
Dipartimento Cure Primarie
U.O.C. Gestione Personale Convenzionato
Ufficio C.A.
Via La Farina 263/N
98123 Messina

Oggetto: Domanda di partecipazione dei medici per incarichi temporanei sostituzione di Continuità Assistenziale.

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa.....
Nato/a ail.....Codice Fiscale.....
Residente in.....via.....
C.A.P.....Comune.....
Recapito Cellulare.....
Codice ENPAM.....

CHIEDE

Di essere inserito/a nella graduatoria Aziendale per incarichi temporanei sostituzione di Continuità Assistenziale.

Allega i seguenti documenti o autocertifica:

- Laurea;
- Abilitazione in Medicina e Chirurgia;
- Iscrizione Albo dei Medici e Chirurghi (rilasciato da non oltre sei mesi);
- Allegato L compilato, firmato e datato;
- Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità.

Luogo

Data

Firma

Nelle autocertificazioni di Laurea e di Abilitazione vanno specificate l'Università di conseguimento, il voto e la data di rilascio.

Nell'autocertificazione d'Iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri va specificato il luogo, il numero e la data d'iscrizione.

La compilazione è obbligatoria per tutte le voci sopraevidenziate, la mancata compilazione o la mancata autocertificazione comporta l'esclusione dalla graduatoria.

Per presa visione e condivisione.

FIRMA

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

... I... sottoscritt... Dott. nato... a
 (prov.) il residente in (prov.) via/piazza
 n. iscritto all'Albo dei MEDICI CHIRURGHI della
 Provincia di ai sensi ed agli effetti dell'art.4, legge 4 gennaio 1968 n. 15

1) essere / non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2);

Soggetto _____
 ore settimanali _____ Via _____
 Comune di _____ Tipo di rapporto di lavoro _____
 periodo: dal _____

2) essere / non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____

Azienda _____

3) essere / non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n. _____ scelte

periodo: dal _____

4) essere / non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno: (2)

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____
 Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

5) essere / non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)

Provincia _____ branca _____
 periodo: dal _____

6) avere / non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, Decret. Leg. vo. n. 502/92

Azienda _____ Via _____
 Tipo di attività _____
 periodo: dal _____

7) essere / non essere (1) titolare di incarico di Guardia Medica, nella continuità assistenziale, o nella Emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) nella Regione _____ o in altre regione: (2)

Regione _____ Azienda _____
 ore sett. _____ in forma attiva / in forma di disponibilità (1)

8) essere / non essere (1) iscritto a corso di formazione in medicina generale di cui al D. Leg. vo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al D. Leg. vo n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al D. Leg. vo n. 368/99:

Denominazione del corso _____
 Soggetto pubblico che lo svolge _____
 Inizio: al _____

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 Aziende ai sensi dell'art. 8 - quinquies del D.L. vo n. 502/92 e successive modificazioni (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 626/93:

Azienda _____ ore sett. _____
 Via _____
 Comune di _____
 periodo: dal _____

12) ~~svolgere~~ / non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell' A.S.L. di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)

Azienda _____ Comune di _____
periodo: dal _____

13) ~~avere / non avere~~ (1) una 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 partecipante di quote di ~~imprese~~ o esercitare / non esercitare attività che possono ~~causare~~ conflitto di interesse col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

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 14/10/76-Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

16) ~~svolgere / non svolgere~~ (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare ~~qualsiasi~~ altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: Nessuna)

Periodo dal _____

17) ~~esercitare / non esercitare~~ (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato: (1) (2)

Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____
Tipo di Attività _____
Periodo: dal _____

18) ~~operare / non operare~~ (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e ~~formazione~~ in medicina generale comunque prestata (~~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 _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro: _____
Periodo: dal _____

19) ~~esercitare / non esercitare~~ titolare (1) di trattamento di pensione ai (2)

Periodo: dal _____

20) ~~fruire / non fruire~~ (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2)

soggetto erogante il trattamento pensionistico _____
Pensionato dal _____

NOTE: _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

n fede

Data _____ 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"