

**DOMANDA DI REISCRIZIONE NEGLI ELENCHI DEI MEDICI CONVENZIONATI
PER L'ASSISTENZA PRIMARIA
(ex art. 1 c.16 D.L. n. 324/93 convertito nella L.423/93)**

**Marca da bollo
€ 16,00**

All'Assessorato Regionale della Salute
Dipartimento Pianificazione Strategica
Servizio 2° - Personale Convenzionato SSR
Piazza Ottavio Ziino n. 24
90145 - Palermo

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ il _____
residente a _____ CAP _____ Via _____
tel. _____ cell. _____
in servizio presso _____
P. E. C. (obbligatoria) _____

CHIEDE

secondo quanto previsto dall'art. 39 comma 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale dei medici di medicina generale 23/03/05, come rinnovato in data 29/07/09, di essere iscritto negli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza primaria nell'ambito territoriale di _____ dell'A.S.P. di _____, individuato quale ambito carente alla data del 1° marzo 2014, nel quale era convenzionato per l'assistenza primaria fino alla data del _____, data in cui ha esercitato l'opzione ai sensi dell'art. 4 comma 7 della L.412/91.

ACCLUDE

- Dichiarazione sostitutiva atta a provare il possesso dei requisiti di cui all'art. 4 comma 7 L. 412/91 (all.A1)
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. "D");
- Copia fotostatica di un documento di identità.

Data _____

Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ il _____

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445 del 28/12/00 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

d i c h i a r a

- a) di essere/essere stato in servizio, in qualità di _____ presso l'Azienda Sanitaria di _____ dal _____ al _____;
- a) di aver optato, ai sensi dell'art. 4 comma 7 L. 412/91, per il rapporto di lavoro dipendente con la conseguente cancellazione dagli elenchi regionali della medicina convenzionata;
- b) che, al momento dell'opzione di cui all'art. 4 comma 7 della L.412/91, era titolare di incarico a tempo indeterminato di Medicina Generale (Assistenza Primaria), nell'ambito territoriale di _____ prov. _____ dal _____.
- d) di aver svolto attività di medico di assistenza primaria convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale, compresa l'attività di medico generico ex enti mutualistici (ENPAS, INAM, ENPDEP, INADEL, Cassa marittima, Artigianato.....) dal _____ al _____.
- e) di essere/ non essere titolare di trattamento di quiescenza: _____

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Data _____

Firma (2)(3) _____

- (1) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia".
- (2) ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.
- (3) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI
TERRITORIALI
CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA
(PER TRASFERIMENTO)**

**Marca da bollo
€ 16,00**

All'Assessorato Regionale della Salute
Dipartimento Pianificazione Strategica
Servizio 2° - Personale Convenzionato SSR
Piazza Ottavio Ziino n. 24
90145 - Palermo

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ il _____
residente a _____ CAP _____ Via _____
tel. _____ cell. _____ titolare di incarico a tempo indeterminato
di assistenza primaria presso l'A. S. P. n. _____ di _____,
per l'ambito territoriale di _____ della Regione _____
P. E. C. (obbligatoria) _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 34 comma 2 lett.a) dell'Accordo Collettivo Nazionale dei medici di medicina generale 23/03/05, come rinnovato in data 29/07/09, per l'assegnazione di uno dei seguenti ambiti territoriali carenti di assistenza primaria individuati al 1° marzo 2014, pubblicati sulla G.U.R.S n. _____ del _____:

Ambito _____ ASP _____	Ambito _____ ASP _____
Ambito _____ ASP _____	Ambito _____ ASP _____
Ambito _____ ASP _____	Ambito _____ ASP _____
Ambito _____ ASP _____	Ambito _____ ASP _____
Ambito _____ ASP _____	Ambito _____ ASP _____

ACCLUDE

- Dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il possesso dei requisiti per concorrere al trasferimento e l'anzianità di incarico (all. "B1");
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. "C");
- Copia fotostatica di un documento di identità.

Data _____

Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ il _____

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445 del 28/12/00 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

d i c h i a r a

- a) di essere titolare di incarico di assistenza primaria presso l'A.S.P. n. ____ di _____
ambito territoriale di _____ dal _____;
- b) di vantare un'anzianità complessiva di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria nell'ambito della Regione Sicilia pari a mesi _____(1), e precisamente:
- dal _____ al _____ presso _____;
- dal _____ al _____ presso _____;
- dal _____ al _____ presso _____;

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (2)

Data _____

Firma (3)(4) _____

- 1) nel computo dell'anzianità complessiva vanno detratti gli eventuali periodi di cessazione dall'incarico.
- 2) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia".
- 3) ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.
- 4) il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI
CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA
(PER GRADUATORIA)**

**Marca da bollo
€ 16,00**

All'Assessorato Regionale della Salute
Dipartimento Pianificazione Strategica
Servizio 2° - Personale Convenzionato SSR
Piazza Ottavio Ziino n. 24
90145 - Palermo

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ il _____
residente a _____ CAP _____ Via _____
tel. _____ cell. _____ inserito nella graduatoria di settore per
l'assistenza primaria della Regione Siciliana valida per l'anno 2014 con punti _____
P. E. C. (obbligatoria) _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 34 comma 2 lett. b) dell'Accordo Collettivo Nazionale dei medici di medicina generale 23/03/05, come rinnovato in data 29/07/09, per l'assegnazione di uno dei seguenti ambiti territoriali carenti di assistenza primaria individuati al 1° marzo 2014, pubblicati sulla G.U.R.S n. _____ del _____ :

Ambito _____ ASP _____	Ambito _____ ASP _____
Ambito _____ ASP _____	Ambito _____ ASP _____
Ambito _____ ASP _____	Ambito _____ ASP _____
Ambito _____ ASP _____	Ambito _____ ASP _____

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto all'art. 16 comma 7 e 9 A.C.N. 29/07/09 di poter accedere alla riserva di assegnazione come appresso indicato:

- riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo 256/91 e delle corrispondenti norme del D.L.vo 368/99 e 277/03;
- riserva per i medici in possesso del titolo equipollente.

ACCLUDE

- Autocertificazione di residenza storica (all. "C1");
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. "D");
- Attestato di formazione in medicina generale (per coloro che l'hanno conseguito dopo il 31/01/12);
- Copia fotostatica di un documento di identità.

Data _____

Firma _____

AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ il _____

inserito nella graduatoria regionale di settore per l'assistenza primaria della Regione Siciliana
valida per l'anno 2014 con punti _____

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/00 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e
regolamentari in materia di documentazione amministrativa

d i c h i a r a

a) di essere residente nel territorio della Regione Sicilia dal _____;

b) di essere residente presso il Comune di _____ dal _____.

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Data _____

Firma(2)(3) _____

(1) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia".

(2) ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

(3) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ il _____

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445 del 28/12/00 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

d i c h i a r a

- 1) essere / non essere titolare di incarico di assistenza primaria presso l'A.S.P. n. ___ di _____ ambito territoriale di _____;
- 2) essere / non essere titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente presso soggetti pubblici o privati:
Soggetto _____ ore settimanali _____
Via _____ Comune _____
Tipo di rapporto di lavoro _____ dal _____
- 3) essere / non essere titolare di incarico come medico specialista pediatra di libera scelta presso l'A.S.P. n. ___ di _____ ambito territoriale di _____;
- 4) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:
Azienda _____ branca _____ ore sett. _____
- 5) essere / non essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti accreditati esterni:
Provincia _____ branca _____ dal _____;
- 6) essere / non essere titolare di incarico a tempo determinato o indeterminato di continuità assistenziale o emergenza sanitaria territoriale nella Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____;
- 7) essere / non essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 o a corsi di specializzazione di cui al D.L.vo 257/91 e corrispondenti norme del D.L.vo 368/99:
Denominazione del corso _____
Soggetto che lo svolge _____ inizio dal _____;
- 8) operare / non operare a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8 –quinquies del D.L.vo n.502/92 e successive modificazioni:
Organismo _____ ore sett. _____ Comune _____
Tipo di attività _____ Tipo di lavoro _____ dal _____;
- 9) operare – non operare a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 48 della L.833/78:
Organismo _____ ore sett. _____ Comune _____
Tipo di attività _____ Tipo di rapporto di lavoro _____ dal _____;
- 10) svolgere – non svolgere funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della L.626/93:
Azienda _____ ore sett. _____ dal _____;

- 11) svolgere – non svolgere per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito del quale può acquisire scelte:
Azienda _____ Comune _____ dal _____;
- 12) avere – non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:
_____ dal _____;
- 13) essere / non essere titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare /non esercitare attività che possano configurare un conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale:
_____ dal _____;
- 14) fruire / non fruire del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14/10/76 del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:
dal _____;
- 15) svolgere / non svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate:
tipo di attività _____ dal _____;
- 16) essere / non essere titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate
Azienda _____ tipo di attività _____ ore sett. _____ dal _____;
- 17) operare / non operare a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico oltre alle ipotesi sopra evidenziate, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata
Soggetto pubblico _____
Via _____ Comune _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Tipo di attività _____ dal _____;
- 18) essere / non essere titolare di trattamento di pensione:
_____ dal _____;

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Data _____

Firma (2)(3) _____

- (1) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia".
- (2) ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.
- (3) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento