

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI
DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
(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 continuità assistenziale presso l'Azienda Sanitaria n. _____ di _____
della Regione _____, laureato il _____ con voto _____
P. E. C. (obbligatoria) _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 63 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 dei seguenti incarichi vacanti di continuità assistenziale, pubblicati sulla G.U.R.S n. _____ del _____ individuati al 1° marzo 2014, presso le sotto indicate AA.SS.PP.:

Presidio _____ ASP _____; Presidio _____ ASP _____;
Presidio _____ ASP _____; Presidio _____ ASP _____;
Presidio _____ ASP _____; Presidio _____ ASP _____;
Presidio _____ ASP _____; Presidio _____ ASP _____;

ACCLUDE

- Dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il possesso dei requisiti per concorrere al trasferimento e l'anzianità di incarico (all. "A1");
- 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 continuità assistenziale presso l'Azienda Sanitaria n. ____ di _____ dal _____;

b) di vantare un'anzianità complessiva di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale pari a mesi _____, e precisamente:

dal _____ al _____ presso l'Azienda Sanitaria Provinciale n° ____ di _____ della Regione _____;

dal _____ al _____ presso l'Azienda Sanitaria Provinciale n° ____ di _____ della Regione _____;

dal _____ al _____ presso l'Azienda Sanitaria Provinciale n° ____ di _____ della Regione _____;

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 INCARICHI VACANTI
DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
(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 la
continuità assistenziale della Regione Siciliana valida per l'anno 2014 con punti _____
laureato il _____ con voto _____
P. E. C. (obbligatoria) _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 63 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 dei seguenti incarichi
vacanti di continuità assistenziale pubblicati sulla G.U.R.S n. _____ del _____ individuati al
1° marzo 2014, presso le sotto indicate AA.SS.PP.

Presidio _____ ASP _____; Presidio _____ ASP _____;
Presidio _____ ASP _____; Presidio _____ ASP _____;
Presidio _____ ASP _____; Presidio _____ ASP _____;

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto all'art. 16 comma 7 e 9 A.C.N. 23/03/05 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. "B1");
- Attestato di formazione in medicina generale (solo per coloro che abbiano conseguito l'attestato
dopo la scadenza del termine di presentazione della domanda di inserimento nella graduatoria
regionale valida per il 2014 (31/01/13);
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. "C");
- Copia fotostatica di un documento di identità.

Data _____

Firma _____

AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ il _____

inserito nella graduatoria regionale di settore per la continuità assistenziale 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 nell'ambito dell'AS.P. n. ____ di _____ dal _____

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

Data _____

Firma _____

(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"

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 continuità assistenziale presso la Regione _____ Azienda n. ___ di _____ Presidio _____ ore settimanali n. _____;
- 2) essere / non essere titolare di incarico come medico di assistenza primaria presso l'Azienda n. _____ di _____ ambito territoriale di _____ n. scelte _____;
- 3) essere / non essere titolare di incarico come medico specialista pediatra di libera scelta presso l'Azienda n. _____ di _____ ambito territoriale di _____ n. scelte _____;
- 4) essere / non essere titolare di incarico a tempo determinato o indeterminato di emergenza sanitaria territoriale nella Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____;
- 5) 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 _____
- 6) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:
Azienda _____ branca _____ ore sett. _____
Azienda _____ branca _____ ore sett. _____;
- 7) essere / non essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti accreditati esterni o di avere / non avere un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 c. 5 D.L.vo n. 502/92:
Provincia _____ Azienda _____ branca _____
_____ dal _____;
- 8) 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 _____;
- 9) 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 _____;

10) operare – non operare a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate 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 _____;

11) svolgere – non svolgere funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della L.626/93:
Azienda _____ ore sett. _____ dal _____;

12) svolgere – non svolgere per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito del quale può acquisire scelte:
Azienda _____ Comune _____ dal _____;

13) avere – non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:
_____ dal _____;

14) 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 _____;

15) 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 _____;

16) svolgere / non svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate:
tipo di attività _____ dal _____;

17) essere / non essere titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate
Azienda _____ tipo di attività _____ ore sett. _____ dal _____;

18) 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 _____;

19) essere / non essere titolare di trattamento di pensione:
_____ dal _____;

20) fruire / non fruire di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al precedente punto 15):
soggetto erogante il trattamento pensionistico _____ 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.