

ASL BT

Avviso pubblico per il conferimento di incarichi provvisori nel Servizio di assistenza sanitaria estiva ai non residenti - Comune di Margherita di Savoia - anno 2016.

In esecuzione della Deliberazione del Direttore Generale ASL BT n. 942 del 28/04/2016 ed in attuazione di quanto previsto dall'art. 32 dell'A.C.N. del 29/07/2009 e dall'art. 38 della D.G.R. n. 2289 del 29/12/2007, è indetto

AVVISO PUBBLICO

per la formazione di apposite graduatorie ed elenchi separati di medici da utilizzare per il conferimento di incarichi convenzionali provvisori, non rinnovabili, della durata massima di mesi due, nel servizio stagionale anno 2016, **per il periodo dal 01/07/2016 al 31/08/2016**, al D.S.S. n. 1 di Margherita di Savoia, di assistenza sanitaria in favore di turisti italiani e stranieri e persone non residenti nella regione Puglia.

Hanno titolo a partecipare all'avviso in argomento:

1. Medici di cui all'art. 38, co. 2 :
 - a. Medici incaricati a tempo indeterminato nel servizio di Continuità Assistenziale della ASL BT, con priorità per i medici incaricati nel distretto dove è situata la postazione con completamento orario a 38 ore settimanali;
 - b. Medici incaricati a tempo determinato nella ASL BT con le modalità di cui all'art. 70 dell'ACN, con completamento orario a 38 ore settimanali per l'attività turistica;
 - c. Medici incaricati a tempo indeterminato nel servizio di Continuità Assistenziale in ASL confinanti, con completamento orario a 38 ore settimanali;
- in subordine, per l'inserimento in appositi elenchi separati, utilizzabili solo in mancanza di medici disponibili di cui alle lettere a), b) e c) ed in presenza di obiettive difficoltà di organizzazione del servizio, riportando in posizione prioritaria i medici residenti nel territorio della ASL BT:
2. Medici inclusi nella graduatoria regionale definitiva di Medicina Generale, settori di Assistenza Primaria e/o Continuità Assistenziale, valevole per l'anno 2015 e pubblicata sul B.U.R.P. n. 5 del 21/01/2016;
3. Medici non inclusi nella graduatoria regionale definitiva di Medicina Generale, valevole per l'anno 2015, che abbiano acquisito l'attestato di Formazione Specifica in Medicina Generale di cui al D. Lgs. n. 256/91, successivamente alla data di scadenza della presentazione delle domande di inclusione in graduatoria regionale, ai sensi della Norma Transitoria n. 4 dell'A.C.N. del 29/07/2009;
4. Medici non inclusi nella graduatoria regionale definitiva di Medicina Generale, valevole per l'anno 2015, che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994, ai sensi della Norma Finale n. 5 dell'ACN vigente;
- Delle domande presentate dai medici titolari a tempo indeterminato e/o determinato nel servizio di Continuità Assistenziale, di cui alle lettere a), b) e c), saranno predisposti degli elenchi graduati secondo le priorità previste dall'art. 32 dell'A.C.N. del 29/07/2009 e dall'art. 38, comma 2, dell'A.I.R. di cui alla D.G.R. n. 2289/2007.
- Delle domande presentate dai medici inseriti nella graduatoria regionale di settore, valevole per il 2015, di cui al numero 2), saranno predisposti degli elenchi graduati, con priorità per i medici residenti nel territorio della ASL BT, sulla base del punteggio acquisito da ciascun concorrente.
- Delle domande presentate dai medici aspiranti agli incarichi provvisori, ai sensi della Norma Transitoria n.4

e della Norma Finale n.5 dell'ACN del 29/07/2009, di cui ai numeri 3) e 4), dando priorità ai medici residenti nel territorio della ASL BT, sarà predisposto apposito elenco che sarà utilizzato solo in caso di indisponibilità di tutti i medici innanzi richiamati e graduato nell'ordine:

- a. minore età al conseguimento del diploma di laurea,
- b. voto di laurea,
- c. anzianità di laurea.

In base alle normative innanzi citate, i medici non iscritti nella graduatoria regionale saranno inseriti in elenchi separati, con priorità per i:

- medici che non detengono alcun rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato e che non sono titolari di borse di studio anche inerenti i corsi di specializzazione, residenti nel territorio della ASL BT;
- medici che non detengono alcun rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato e che non sono titolari di borse di studio anche inerenti i corsi di specializzazione, residenti nel territorio di altre Aziende Sanitarie;

Modalità e termine di presentazione delle domande

Le domande di partecipazione all'avviso, **redatte con bollo da € 16,00** (come previsto dal parere espresso dalla Direzione Centrale Normativa dell'Agenzia delle Entrate, prot. n. 954-19608/2010 del 18/02/2010), indirizzate al **DIRETTORE GENERALE ASL BT- VIA FORNACI, 201- 76123 ANDRIA**, devono essere redatte **esclusivamente come da fac-simile allegato** al presente avviso; le domande incomplete o redatte in difformità dal predetto schema fac-simile saranno escluse.

Le domande devono essere inoltrate, pena esclusione, **entro il 15° giorno successivo** a quello di pubblicazione del bando nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, scegliendo **esclusivamente una delle seguenti modalità**:

- **tramite consegna pro manibus all'Ufficio Protocollo della ASL BT, sito in Andria alla via Fornaci, 201;**
- **a mezzo Posta Elettronica Certificata al seguente indirizzo: protocollo@mailcert.aslbat.it**, riportando l'oggetto **"Domanda di partecipazione avviso pubblico per conferimento incarichi provvisori C.A. stagione estiva 2016- Comune di Margherita di Savoia"** in applicazione della L. 150/2009 e con le modalità di cui alla circolare del Dipartimento Funzione Pubblica n. 12/2010. La validità dell'istanza è subordinata all'utilizzo da parte del candidato di una casella di posta elettronica certificata (PEC) esclusivamente personale e che la stessa consenta l'identificazione personale dal sistema informatico attraverso le credenziali di accesso (posta certificata governativa, <https://www.postacertificata.gov.it/home/index.dot>), **pena esclusione**; non sarà pertanto ritenuta ammissibile la domanda inviata da casella di posta elettronica semplice/ordinaria. L'invio deve avvenire in un'unica spedizione (non superiore a 20MB), devono essere utilizzati formati statici e non direttamente modificabili, preferibilmente .pdf e .tif. e deve contenere i seguenti allegati:
 - domanda;
 - Allegato "L" di cui all'ACN vigente;
 - copia fotostatica di documento di riconoscimento in corso di validità.

La validità della trasmissione e ricezione del messaggio di posta elettronica certificata è attestata, rispettivamente, dalla ricevuta di avvenuta consegna e dalla ricevuta di accettazione. La ricevuta di ritorno viene inviata automaticamente dal gestore PEC.

Nel caso di invio dell'istanza tramite posta elettronica certificata, i documenti per i quali sia prevista la sottoscrizione, in ambito tradizionale, devono a loro volta essere sottoscritti dal candidato con la propria firma digitale.

Le istanze e le dichiarazioni inviate per via telematica sono valide se effettuate secondo quanto previsto dal D.Lgs n. 235/2010 (Codice dell'amministrazione digitale), anche se indirizzata alla P.E.C. del protocollo aziendale.

Il termine per la presentazione della domanda, ove cada in giorno festivo, sarà prorogato di diritto al giorno seguente non festivo.

L'Azienda non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni del recapito da parte del concorrente, né per eventuali disguidi postali e/o derivanti dal mancato funzionamento della posta certificata o comunque imputabili a fatto di terzi a caso fortuito o forza maggiore che comportino il ritardo nella presentazione della domanda rispetto ai termini previsti nel presente bando.

Le istanze già pervenute o che perverranno prima della pubblicazione del presente bando sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia non saranno prese in considerazione e saranno archiviate senza alcuna comunicazione ulteriore agli interessati, in quanto il presente bando costituisce a tutti gli effetti notifica nei confronti degli interessati.

Nella domanda di partecipazione all'Avviso Pubblico, redatta con bollo da € 16,00, datata e firmata, (allegato fac-simile dello schema di domanda), gli aspiranti devono dichiarare il possesso dei seguenti requisiti generali e specifici:

- a) cognome, nome, data, luogo di nascita e residenza;
- b) il possesso della cittadinanza italiana o equivalente o di uno dei paesi dell'unione europea ovvero requisiti sostitutivi di cui all'art. 38 D. Lgs. n. 165/01, e s.m.i.;
- c) il comune di iscrizione nelle liste elettorali, ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
- d) il possesso del Diploma di Laurea con l'indicazione della data e della sede di conseguimento;
- e) l'iscrizione all'Ordine Professionale con l'indicazione della relativa sede provinciale;
- f) la data di conseguimento dell'abilitazione professionale;
- g) l'incarico a tempo indeterminato/determinato nel Servizio di Continuità Assistenziale;
- h) il numero di posizione occupato nella graduatoria regionale definitiva di Medicina Generale valevole per l'anno 2015, Settori Assistenza Primaria e/o Continuità Assistenziale, con il relativo punteggio;
- i) data e luogo di conseguimento dell'attestato di Formazione Specifica in Medicina Generale;
- j) tutte le attività in via di svolgimento, a qualsiasi titolo, anche precarie;
- k) il consenso, ai sensi del D.lgs. n. 196/03, alla A.S.L. BT al trattamento dei dati personali forniti, finalizzato agli adempimenti connessi all'espletamento della procedura, ivi compreso l'eventuale esercizio del diritto di accesso da parte degli aventi diritto;
- l) il domicilio presso il quale, ad ogni effetto, deve essere fatta ogni comunicazione relativa all'avviso, completo di n. di codice di avviamento postale, di n. telefonico (anche cellulare), di indirizzo di posta elettronica certificata. In caso di omessa indicazione sarà tenuta in considerazione la residenza dichiarata come dal punto a) che precede. L'aspirante è obbligato a comunicare per iscritto eventuali variazioni d'indirizzo;
- m) la domanda deve essere datata e sottoscritta dal candidato.

Le procedure di consultazione e/o convocazione dei candidati ammessi saranno esperite esclusivamente **tramite Posta Elettronica Certificata** (ai sensi dell'art. 16, co. 7, della L. n. 2 del 28/01/2009).

Per l'inoltro delle comunicazioni, questa ASL non è responsabile della mancata ricezione dovuta ad indirizzi PEC scritti in modo errato e/o illeggibile. La mancata visione delle suddette comunicazioni, da parte del medico interessato, nei termini indicati nelle stesse, nonché l'eventuale conseguente mancato riscontro sarà addebitabile alla esclusiva responsabilità del medico e non di questa ASL.

Documenti da allegare alla domanda

Alla domanda i candidati devono allegare:

- fotocopia del documento di identità in corso di validità, pena la non ammissione;
- autocertificazione informativa, rilasciata ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e dell'art. 15 della L. 12/11/2011 n. 183 (ALLEGATO L).

Non saranno presi in considerazione documenti, titoli che perverranno a questa Amministrazione dopo

il termine ultimo per la presentazione della domanda di partecipazione all'avviso in argomento.

Autocertificazione

Si precisa che il candidato, ai sensi del D.P.R. n.445/2000 e della L. 12/11/2011, n.183, art.15, può presentare in carta semplice e senza autentica di firma:

- a) "dichiarazione sostitutiva di certificazione": nei casi tassativamente indicati nell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000;
- b) "dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà" ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000: per tutti gli stati, fatti e qualità personali non compresi nell'elenco di cui al citato art. 46 del D.P.R.445/2000;

La "dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà" deve essere corredata da fotocopia semplice di un documento di identità personale, come previsto dall'art.38 del D.P.R. 445/2000.

In ogni caso, la dichiarazione resa dal candidato - in quanto sostitutiva a tutti gli effetti della certificazione - deve contenere tutti gli elementi necessari alla valutazione del titolo che il candidato intende produrre; l'omissione anche di un solo elemento comporta la non valutazione del titolo autocertificato o auto-dichiarato.

ESCLUSIONE DALL'AVVISO

Costituiscono motivo di esclusione:

- il mancato possesso di uno o più requisiti sia generali che specifici richiesti per l'ammissione;
- la mancata sottoscrizione della domanda;
- mancata fotocopia del documento di identità in corso di validità;
- le domande incomplete o redatte in difformità dallo schema fac-simile allegato al presente avviso;
- la presentazione di autocertificazioni relative al possesso dei requisiti, generali e specifici, di ammissione all'avviso, rese in termini difformi da quanto disposto dalla normativa vigente in materia, da cui non si evince il possesso dei requisiti medesimi;
- l'inoltro della domanda di partecipazione all'avviso oltre il termine di scadenza del bando;
- la omessa o non completa compilazione dell'allegato "L";

l'inoltro della domanda di partecipazione all'avviso inviata da casella di posta elettronica semplice/ordinaria.

FORMULAZIONE DELLE GRADUATORIE

- 1) Delle domande presentate dai medici di cui al punto 1), con i criteri di cui all'ACN del 29/07/2009 e a norma delle disposizioni regionali vigenti in materia, sarà predisposta una graduatoria contenente:
 - a. nominativi dei medici incaricati a tempo indeterminato nel settore di Continuità Assistenziale nei Presidi ASL BT, con priorità per i medici in servizio nel distretto dove è situata la postazione con completamento orario a 38 ore settimanali;
 - b. nominativi dei medici incaricati a tempo determinato nella ASL BT con le modalità di cui all'art. 70 dell'ACN, con completamento orario a 38 ore settimanali per l'attività turistica;
 - c. nominativi dei medici incaricati a tempo indeterminato nel servizio di Continuità Assistenziale in ASL confinanti, con completamento orario a 38 ore settimanali;
- 2) Delle domande presentate dai medici inseriti nella graduatoria regionale di settore valevole per l'anno 2015 pubblicata sul BURP N.5 del 21/01/2016, ai sensi dell'ACN vigente e a norma delle disposizioni regionali vigenti materia, sarà predisposta una graduatoria **sulla base del punteggio acquisito da ciascun concorrente**, contenente i nominativi dei medici residenti nel territorio della ASL BT, nonché una ulteriore graduatoria dei medici residenti nel territorio di altre Aziende, che sarà utilizzata solo in caso di indisponibilità di tutti i medici residenti nel territorio di competenza;

- 3) Delle domande presentate dai medici aspiranti agli incarichi provvisori nel Servizio di assistenza sanitaria estiva e concorrenti ex Norma Transitoria n.4 e Norma Finale n. 5 dell'ACN del 29/07/2009, saranno predisposti appositi elenchi separati, graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea, dell'anzianità di laurea, e saranno utilizzati solo in caso di indisponibilità di tutti i medici di cui al precedente punto 2), con i criteri e le priorità previste nell'Accordo innanzi richiamato e sopra enunciati.

MODALITA' DI CONFERIMENTO DEGLI INCARICHI

Gli incarichi provvisori saranno conferiti prioritariamente ai medici di cui al punto 1) e 2), secondo il criterio dello "scorrimento"; subordinatamente e dopo avere escusso i punti precedenti, ai medici concorrenti ex Norma Transitoria n. 4 di cui all'ACN vigente ed in ultimo, **esclusivamente nei casi di carente disponibilità** (secondo la definizione dell' art. 70, comma 7 del vigente ACN), ai sensi della Legge 448/2001, art. 19, comma 11, al solo fine di garantire il servizio (art. 70, comma 6 ACN 29/07/2009), verranno interpellati i medici in possesso dei requisiti di cui alla Norma Finale n. 5 dell'Accordo innanzi richiamato.

I medici concorrenti ex Norma Transitoria n. 4 e i medici concorrenti ex Norma Finale n. 5, con priorità per i **medici residenti nel territorio ASL BT** che non detengano alcun rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato e che non siano titolari di borse di studio anche inerenti i corsi di specializzazione, sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, dal voto di laurea, dalla anzianità di laurea.

L'ASL BT si riserva, a proprio insindacabile giudizio, la facoltà di sospendere, modificare o revocare, in tutto o in parte, il presente avviso, restando precluso ai concorrenti partecipanti qualsiasi pretesa o diritto.

I dati personali forniti dai Concorrenti, a seguito della presente procedura, verranno trattati nel rispetto di quanto previsto dal D.L.gs n.196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni.

Per quanto altro non previsto dal presente Bando, si rinvia alla normativa di cui all'ACN della Medicina Generale 29/07/2009 ed ai relativi accordi regionali vigenti in materia.

Ogni ulteriore informazione, relativa al contenuto del presente avviso, potrà essere richiesta presso la sede degli uffici dell'U.O. Gestione Amministrativo Personale Convenzionato- via Fornaci, 201- Andria,
e-mail: giuseppina.dibari@auslbatuno.it; tel. 0883.299.735;
e-mail: mariagrazia.capogna@auslbatuno.it; tel. 0883.299.740

Il Direttore Area Gestione del Personale
dott. Francesco NITTI

Il Direttore Generale
dott. Ottavio NARRACCI

Marca da Bollo
€ 16,00

AL DIRETTORE GENERALE
AZIENDA SANITARIA LOCALE BT
VIA FORNACI, 201
76123 A N D R I A
PEC: protocollo@mailcert.aslbat.it

OGGETTO: Domanda di partecipazione all'avviso pubblico per il conferimento di incarichi convenzionali provvisori nel Servizio di Assistenza Sanitaria ai turisti - stagione estiva 2016- Comune di Margherita di Savoia- Azienda Sanitaria Locale BT.

Il/la sottoscritto/a _____,
presa visione del bando pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. _____ del _____, chiede di essere ammesso alla pubblica selezione, per la formazione di apposite graduatorie ed elenchi per il conferimento di incarichi convenzionali provvisori per lo svolgimento del **Servizio di assistenza sanitaria turistica nel territorio della ASL BT- Stagione estiva 2016- Periodo 01/07/2016 - 31/08/2016**- ai sensi dell'ACN del 29/07/2009.

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni previste in caso di dichiarazioni non veritiere dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, dichiara (1):

- di essere nato a _____ il _____ C.F. _____;
- di risiedere nel Comune di _____ CAP _____
alla Via _____, n° _____,
Recapito Telefonico Fisso n. _____,
Recapito mobile Cell. _____;
- di essere/non essere iscritto nelle liste elettorali del comune di _____ per il seguente motivo _____
- di avere il seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata _____;
- di aver conseguito il diploma di laurea in data _____, con voto di laurea _____;
- di essere regolarmente iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ con numero _____;
- di concorrere per l'inserimento nella graduatoria aziendale ASL BT, ricoprendo incarico a tempo indeterminato/determinato nel servizio di Continuità Assistenziale della ASL BT- D.S.S. n. _____ - Sede _____ per ore _____;
- di concorrere per l'inserimento nella graduatoria aziendale ASL BT, ricoprendo incarico a tempo indeterminato/determinato nel servizio di Continuità Assistenziale della ASL _____, per ore _____;
- di concorrere per l'inserimento nella graduatoria aziendale ASL BT, essendo incluso al n. _____, con punti _____, della graduatoria regionale di Medicina Generale per l'anno 2015, Settori Assistenza Primaria e/o Continuità Assistenziale, pubblicata sul BURP n. 5 del 21/01/2016;
- di concorrere per l'inserimento nell'elenco di cui alla N.T. n.4 dell'ACN del 29/07/2009, essendo in possesso del titolo di Formazione Specifica in Medicina Generale, di cui allega copia, conseguito ai sensi del D. Lgs. n. 256/91, il _____ presso _____;

- di concorrere per l'inserimento nell'elenco di cui alla N.F. n.5 dell'ACN del 29/07/2009, avendo acquisito l'abilitazione professionale il _____, successivamente alla data del 31/12/1994;
- di svolgere/non svolgere altre attività come Medico, compreso la frequenza di corsi di specializzazione e/o corsi triennali di formazione in medicina generale ex D.L.vo 256/91.
In caso affermativo specificare: _____;
- di non avere procedimenti disciplinari a proprio carico in corso;
- di rilasciare il proprio consenso al trattamento dei dati personali per i fini e nel rispetto delle previsioni del D.L.gs. n.196 del 30.06.2003 e s.m.i., ivi compreso l'eventuale esercizio del diritto di accesso.

Allega alla presente domanda, copia di un valido documento di riconoscimento.

Il sottoscritto chiede, infine, che ogni comunicazione relativa al presente avviso venga effettuata al seguente indirizzo:

Dott./dott.ssa _____

Via _____, N. _____

CAP _____ COMUNE DI _____

Provincia di _____

recapito telefonico fisso o mobile _____,

Indirizzo di Posta Elettronica Certificata _____.

Il sottoscritto dichiara, fin d'ora, di accettare senza alcuna riserva tutte le condizioni fissate dall'A.C.N. del 29/07/2009 che disciplina i rapporti con i medici di Medicina Generale del quale ha integrale conoscenza e dichiara, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole della responsabilità penale a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi, che quanto riportato nella presente istanza risponde a verità.

Luogo e data _____

firma

_____ (*)

(1) Barrare la casella che interessa e cancellare l'ipotesi che non interessa.

(*) La presente domanda deve essere firmata e integralmente compilata, a pena di esclusione. La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore.

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e in relazione ai dati personali richiesti, si informa che tali dati verranno trattati esclusivamente per le finalità per le quali sono stati acquisiti.

ALLEGATO L**AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA**

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ il _____ residente in _____ Via/Piazza _____ n° _____ iscritto all'Albo dei _____ della Provincia di _____ ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 dichiara formalmente di

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, D.L.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 altra regione (2):

Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____

in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

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

Denominazione del corso _____

Soggetto pubblico che lo svolge _____

Inizio: dal _____

9) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le 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 del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81:

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

12) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)

Azienda _____ Comune di _____
Periodo: dal _____

13) avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2)

Periodo: dal _____

14) essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

15) fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo: dal _____

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

Periodo: dal _____

17) essere/non essere (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) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (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.

In 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"