

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 2019.

In esecuzione della Deliberazione del Direttore Generale ASL BT n 796 del 13/05/2019 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

A V V I S O P U B B L I C O

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, **per il periodo dal 01/07/2019 al 31/08/2019**, del D.S.S. n. 1 - Margherita di Savoia, di assistenza sanitaria in favore di turisti italiani e stranieri e persone non residenti nella Regione Puglia.

REQUISITI DI AMMISSIONE

REQUISITI GENERALI:

- Essere cittadini italiani o equiparati. Sono equiparati ai cittadini italiani, ai sensi dell'art. 38 del D.lgs. n. 165/2001, come modificato dall'art. 7 della Legge n. 97/2013:
 - Gli italiani non appartenenti alla Repubblica;
 - I cittadini di altro stato appartenente alla Unione Europea;
 - I familiari di cittadini degli Stati membri dell'Unione Europea, non aventi la cittadinanza di uno Stato membro che siano titolari di permesso di soggiorno Ce per soggiornanti di lungo periodo;
 - I cittadini di paesi terzi che siano titolari di permesso CE per soggiornanti di lungo periodo;
 - I titolari di status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria;
- Godimento di diritti politici anche negli Stati di appartenenza o provenienza;
- Non avere riportato condanne penali e non avere procedimenti penali in corso.

REQUISITI SPECIFICI

- **Laurea in Medicina e Chirurgia;** ai sensi dell'art . 38 co. 3 del D. Lgs. 165/2001, se il titolo è stato conseguito in uno dei Paesi dell'Unione Europea, deve essere corredato dal decreto di equiparazione rilasciato dal DPCM. Ai sensi dell'art. 49 e 50 del DPR n.394/1991 e s.m. ed i., i titoli accademici di studio conseguiti all'estero, devono essere corredati dal decreto di riconoscimento di equipollenza rilasciato dal Ministero della Salute italiano.
- **Iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri.**

Hanno titolo a partecipare all'avviso in argomento i sanitari che, in possesso dei requisiti generali e specifici, concorrano per una delle seguenti ipotesi:

1. Medici di cui all'art. 38, co. 2, ACN del 29/07/2009, ovvero:
 - 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;

2. 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:
- d) Medici inclusi nella graduatoria regionale definitiva di Medicina Generale, settori di assistenza primaria e/o continuità assistenziale, valevole per l'anno **2019**, e pubblicata sul **BURP n. 138 del 25/10/2018**;
 - e) Medici non inclusi nella graduatoria regionale definitiva di Medicina Generale, valevole per l'anno 2019, 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 nella graduatoria regionale, ai sensi della Norma Transitoria n. 4 dell'A.C.N. del 29/07/2009;
 - f) Medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994, ai sensi della Norma Finale n. 5 dell'ACN vigente;

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 modello allegato al presente avviso; le domande incomplete o redatte in difformità dal predetto schema facsimile saranno escluse.

Le domande devono essere inoltrate, pena esclusione, **entro 15gg. giorni successivi** 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, (dal lunedì al venerdì dalle h. 11,30 alle h. 13,00 ed il martedì e giovedì dalle h. 16,00 alle h. 17,00)**
- **a mezzo Raccomandata A/R all'indirizzo indicato. La data di spedizione è comprovata dal timbro dell'Ufficio Postale accettante.**

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 dello schema di domanda), gli aspiranti, sotto la propria responsabilità, devono dichiarare il possesso dei seguenti requisiti generali e specifici, comprovando gli stessi in sostituzione delle normali certificazioni ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e dell'art. 15 della L. 12/11/2011 n. 183, come di seguito:

- cognome, nome;
- data e luogo di nascita, C.F.;
- residenza ed eventuale recapito a cui inviare le eventuali comunicazioni relative all'avviso, ivi compreso l'indirizzo di **posta elettronica certificata** alla quale l'amministrazione si riserva di inviare ogni comunicazione e/o convocazione relativa all'espletamento dell'avviso, nonché di ogni altra

comunicazione finalizzata alla copertura degli incarichi convenzionali. **Si precisa che, in caso di comunicazione del solo indirizzo di posta elettronica non certificata, l'amministrazione non si assume alcuna responsabilità in merito alla mancata ricezione delle comunicazioni e/o convocazioni per la copertura degli incarichi convenzionali;**

- recapito telefonico;
- 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.;
- il comune di iscrizione nelle liste elettorali, ovvero i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste medesime;
- il possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia con l'indicazione della data, del voto e della sede di conseguimento;
- l'iscrizione all'Ordine Professionale con l'indicazione della relativa sede provinciale;
- l'incarico a tempo indeterminato/determinato nel Servizio di Continuità Assistenziale (per chi concorre ai sensi dei punti a) - b) e c);
- il numero di posizione occupato nella graduatoria regionale definitiva di Medicina Generale valevole per l'anno **2019**, Settore Continuità Assistenziale, con il relativo punteggio (per chi concorre ai sensi del punto d);
- data e luogo di conseguimento dell'attestato di Formazione Specifica in Medicina Generale (per chi concorre ai sensi del punto e);
- la data di conseguimento dell'abilitazione professionale (per chi concorre ai sensi del punto f);
- tutte le attività in via di svolgimento, a qualsiasi titolo, anche precarie;
- 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'indirizzo di posta elettronica certificata a cui inviare tutte le comunicazioni relative all'avviso pubblico. In caso di omessa indicazione sarà tenuta in considerazione la residenza dichiarata come dal punto a) che precede. L'aspirante é obbligato a comunicare per iscritto eventuali variazioni d'indirizzo;
- la domanda deve essere datata e sottoscritta dal candidato.

La domanda deve essere datata e sottoscritta dal candidato, **pena esclusione**.

La firma in calce alla domanda non è soggetta ad autenticazione, ai sensi dell'art. 39 D.P.R. n.445/2000.

La omessa dichiarazione, non altrimenti rilevabile, resa mediante autocertificazione e/o, nei casi previsti, dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi del D.P.R. n.445/00 contestuale e/o allegata all'istanza di ammissione o documentazione del possesso di uno solo dei requisiti generali e specifici prescritti dal presente bando, determina l'esclusione dall'avviso.

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 autodichiarato.

Documenti da allegare alla domanda

Alla domanda i candidati devono allegare:

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

Non saranno presi in considerazione documenti, titoli inviati a questa Amministrazione dopo il termine ultimo per la presentazione della domanda di partecipazione all'avviso in argomento.

Non si terrà conto del rinvio, effettuato dal candidato nella domanda di partecipazione all'avviso de quo, a documenti e/o atti in possesso di questa Azienda presentati in occasione di altre procedure.

L'Amministrazione non si assume alcuna responsabilità:

- o **in caso di comunicazione del solo indirizzo di posta elettronica non certificata, in merito alla mancata ricezione delle comunicazioni e/o convocazioni per il conferimento degli incarichi convenzionali relativi all'espletamento dell'avviso, nonché di ogni altra comunicazione finalizzata al conferimento degli incarichi;**
- o **per la dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni dei recapiti e/o indirizzi di posta elettronica certificata o e-mail da parte del medico concorrente.**

ESCLUSIONE DALL'AVVISO

Costituiscono motivo di esclusione:

- il mancato possesso di uno o più requisiti sia generali che specifici richiesti per l'ammissione;
- l'incompleta o inesatta compilazione della domanda come da modello allegato predisposto dalla ASL BT;
- la mancata sottoscrizione della domanda;
- la mancata copia del documento di identità in corso di validità;
- l'inoltro della domanda di partecipazione all'avviso oltre il termine di scadenza del bando;
- la mancata presentazione dell'Allegato "L" o la omessa o non completa compilazione dello stesso;
- l'invio del modello di domanda con modalità diverse rispetto a quelle previste dal bando.

FORMULAZIONE DELLE GRADUATORIE

1) Delle domande presentate dai medici di cui ai punti **a), b) e c)** 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:

- 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;
- 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;
- 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 2019 pubblicata sul **BURP n. 138 del 25/10/2018**, ai sensi dell'ACN vigente e a norma delle disposizioni regionali vigenti materia, di cui al **punto e)**, 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, contenenti i nominativi dei medici residenti nel territorio della ASL BT, nonché un ulteriore elenco dei medici residenti nel territorio di altre Aziende, che verranno 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 criteri e le priorità previste nell'Accordo innanzi richiamato e sopra enunciati.

MODALITA' DI CONFERIMENTO DEGLI INCARICHI

- Gli incarichi provvisori saranno conferiti ad un numero di medici convenzionati non inferiore a sette con lo scorrimento delle graduatorie aziendali fino al raggiungimento del numero indicato dal Direttore del Distretto n. 1 e comunque per la copertura di n. 1488 ore per tutto il periodo di apertura;
- Gli incarichi provvisori saranno conferiti prioritariamente ai medici di cui al punto 1) e 2) del paragrafo: "Formulazione delle graduatorie", 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, verranno interpellati i medici in possesso dei requisiti di cui alla **Norma Finale n. 5** dell'Accordo innanzi richiamato.
- Dei medici concorrenti ex Norma Transitoria n. 4 e i medici concorrenti ex Norma Finale n. 5, di cui al punto 3) con **priorità per i medici residenti nel territorio ASL BT, avranno la precedenza coloro che non detengano alcun rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato e che non siano titolari di borse di studio anche inerenti a corsi di specializzazione**, come da 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).

Tutte le comunicazioni inerenti il presente avviso ivi comprese quelle finalizzate al conferimento degli incarichi saranno effettuate dall'U.O.S.V.D. Personale Convenzionato/Strutture Accreditate **esclusivamente** tramite posta elettronica certificata aziendale all'indirizzo PEC indicato dal candidato nella domanda. Non saranno utilizzate altre modalità di comunicazione

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. n. 196/2003), si informano i candidati che il trattamento dei dati personali, da essi forniti in sede di partecipazione all'avviso, acquisiti a tal fine dall'ASL BT, è finalizzato unicamente all'espletamento della procedura selettiva di che trattasi ed avverrà a cura delle persone preposte al procedimento concorsuale presso l'UOSVD Personale Convenzionato/Strutture Accreditate della ASL BT.

NORME FINALI

Per quanto non previsto espressamente dal presente bando, si fa rinvio alle norme contenute nell'ACN dei Medici di Medicina Generale del 29/07/2009 e all'AIR vigente, oltre alle norme contenute nelle fonti legislative e contrattuali vigenti in materia.

Con la partecipazione all'avviso è implicita l'accettazione da parte dei concorrenti, senza riserve, delle prescrizioni contenute nel presente bando e nella normativa nazionale e regionale vigente di riferimento che regola i rapporti con i medici di medicina generale.

L'ASL BT si riserva, a suo insindacabile giudizio, la facoltà di sospendere, modificare o revocare, in tutto o in parte, il presente avviso, per legittimi ed insindacabili motivi, in relazione a nuove disposizioni di legge, o per comprovate ragioni di pubblico interesse o sopravvenute esigenze aziendali, senza obbligo comunicazione e senza che i concorrenti possano sollevare eccezioni e/o accampare pretese o diritti di sorta.

Ai sensi del D.L.gs n.196/2003 e successive modificazioni ed integrazioni, i dati personali forniti dai Concorrenti, a seguito della presente procedura, saranno raccolti presso la ASL BT - UOSVD Personale Convenzionato - Strutture Accreditate, il cui responsabile è titolare del procedimento, per le finalità di gestione dell'avviso e potranno essere trattati, anche successivamente all'instaurazione del rapporto, per le finalità inerenti la gestione del rapporto stesso.

Per ottenere informazioni relative al presente avviso, gli aspiranti possono rivolgersi all'UOSVD Personale Convenzionato/Strutture Accreditate - Via Fornaci, 201 tel. 0883/299740 - dalle ore 12 alle ore 13 dei giorni di lunedì e venerdì o al seguente indirizzo: mariagrazia.capogna@auslbatuno.it

Il Direttore Area del Personale
(dott. Francesco NITTI)

Il Direttore Generale
(avv. Alessandro DELLE DONNE)

AL DIRETTORE GENERALE
AZIENDA SANITARIA LOCALE BT
VIA FORNACI, 201
76123 A N D R I A

Marca da Bollo
€ 16,00

OGGETTO: Domanda di partecipazione all'avviso pubblico per il conferimento di incarichi convenzionali provvisori nel Servizio di Assistenza Sanitaria ai turisti - stagione estiva 2019- 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 2019- Periodo 01/07/2019 - 31/08/2019-** 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:

- di essere nato a _____ il _____ C.F. _____;
- di essere residente ne Comune di _____ Via-
Piazza _____ n.° _____ CAP _____;
- Recapito Telefonico Fisso n. _____;
- Recapito mobile Cell. _____;
- di _____ possedere _____ la _____ cittadinanza _____;
- di essere/non essere iscritto nelle liste elettorali del comune di _____ (**);
- di avere il seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata (**indicazione obbligatoria**) _____;
- di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia in data _____, con voto di laurea _____ presso _____;
- di aver conseguito presso il seguente Paese dell'Unione Europea _____ il titolo di studio _____ in data _____ equiparato, ai sensi dell'art. 38 co.3 del D.Lgs. 165/2001, con D.P.C.M. _____ (nel caso di titoli accademici conseguiti in un Paese dell'UE);
- di aver ottenuto, ai sensi degli artt. 49 e 50 del DPR n. 394/99 e s.m. e i., il riconoscimento dell'equipollenza del titolo di studio _____ conseguito presso lo Stato _____

_____ con Decreto del Ministero della Salute n. _____ del _____ (nel caso di titoli accademici e di studio conseguiti all'estero);

- di essere iscritto all'Ordine dei Medici della provincia di _____ con numero _____;
- di concorrere per uno dei seguenti requisiti (**indicazione obbligatoria**) ai fini dell'inserimento nella graduatoria aziendale ASL BT:
1. di concorrere/non concorrere per l'inserimento nella graduatoria aziendale ASL BT, ricoprendo incarico a tempo indeterminato/determinato nel servizio di Continuità Assistenziale della ASL _____ - D.S.S. n. _____ - Sede _____ per ore _____ (***)
 2. di concorrere/non concorrere per l'inserimento nella graduatoria aziendale ASL BT, essendo incluso al n. _____, con punti _____, della **graduatoria regionale di Medicina Generale per l'anno 2019**, pubblicata sul **BURP n. 138 del 25/10/2018** (***)
 3. di concorrere/non 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, conseguito ai sensi del D. Lgs. n. 256/91 il _____ presso _____ (***)
 4. di concorrere/non 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 penali 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.

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

Dr. _____
 COMUNE DI _____ Provincia di _____
 _____ CAP _____ Via _____
 N. _____ RECAPITO TELEFONICO FISSO o MOBILE _____, Indirizzo
 di Posta Elettronica certificata _____.

Allega alla presente domanda, copia di un valido documento di riconoscimento e "Allegato L".

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.

Data _____

firma

_____ (*)

(***) Sottolineare la casella che interessa e cancellare l'ipotesi che non interessa.

(**) In caso di non iscrizione o di avvenuta cancellazione delle liste elettorali indicarne i motivi.

(*) 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"