ASL BT

Avviso pubblico per il conferimento di incarichi provvisori e di sostituzione nel Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale "118" – Macro Aree ASL BT.

In esecuzione della Deliberazione del Direttore Generale **n. 1670 del 26/09/2019**, 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, validi per il conferimento di incarichi convenzionali provvisori e di sostituzione nel Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale "118" di questa Azienda, ai sensi del Capo V dell'ACN del 29/07/2009 e delle norme regionali di riferimento.

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 Presidente del Consiglio dei Ministri. 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:

a) medici iscritti nella graduatoria regionale definitiva di Medicina Generale di settore di Emergenza Sanitaria Territoriale "118", valevole per **l'anno 2019,** pubblicata sul **BURP n. 138 del 25/10/2018 (Allegato A)**;
b) medici che, in possesso dell'Attestato di formazione specifica in Medicina Generale, abbiano acquisito l'attestato di idoneità all'esercizio delle attività di Emergenza Sanitaria Territoriale **successivamente** alla data di scadenza della presentazione delle domande di inclusione in graduatoria regionale, ai sensi della N.T. n. 7 dell'ACN del 29/07/2009, (ovvero il 31/01/2018) **(Allegato B)**;

- in **via residuale** possono concorrere:

c) medici che, ai sensi dell'art. 3 comma 10 bis della L.R. n.67 del 29/12/2017, di modifica ed integrazione

della L.R. n.26/2006, rettificata dalla L.R. n.7 del 28/03/2012 siano già incaricati a tempo determinato nel settore EST alla data di entrata in vigore della legge su richiamata, ovvero il **30/12/2017** e siano già in possesso del solo attestato di cui all'art. 96 dell'ACN 29/07/2009 **(Allegato C);**

- **Al solo fine di** scongiurare vuoti organizzativi e gestionali, assicurare continuità nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e **non determinare interruzione di pubblico servizio** possono concorrere al conferimento di incarichi provvisori:

d) medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale all'esercizio della professione medica successivamente alla data del 31/12/1994 (**ai sensi della Norma Finale n. 5 ACN 29/07/2009**), e che alla data di **scadenza** del presente bando, siano in possesso dell'attestato di d'idoneità all'esercizio delle attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, di cui all'art. 96 dell'ACN del 29/07/2009 **(Allegato D).**

Non possono ricoprire incarichi in convenzione coloro che siano stati esclusi dall'elettorato attivo, nonché coloro che siano stati dispensati dall'impiego presso una pubblica amministrazione per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile.

I requisiti generali e specifici devono essere posseduti alla data di scadenza del termine stabilito dal presente bando per la presentazione delle domande di ammissione all'avviso.

Modalità e termine di presentazione delle domande

Le domande di partecipazione all'avviso, **redatte in 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 modelli** allegati al presente avviso.

Le domande incomplete o redatte in difformità dai predetti modelli saranno escluse.

Le domande devono essere inoltrate, pena esclusione, **entro 7 gg. giorni successivi** a quello di pubblicazione del bando nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, **esclusivamente**:

- **tramite consegna pro manibus all'Ufficio Protocollo della ASL BT (dalle ore 11,30 alle ore 13,00 dal lunedì al venerdì e dalle ore 16,00 alle ore 17,00 il martedì e il giovedì), sito ad Andria, in via Fornaci - 201**

oppure

- **a mezzo raccomandata A/R all'indirizzo su indicato; fa fede la data del timbro postale accettante;**

E' esclusa ogni altra forma di presentazione o di trasmissione, **pena esclusione**.

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 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, datata e firmata, (ved. modelli di domanda allegati), 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:

a) cognome, nome;
b) data e luogo di nascita, C.F.;
c) 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**;
d) recapito telefonico;
e) 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.;
f) il comune di iscrizione nelle liste elettorali;
g) il possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, con l'indicazione della data, del voto e della sede di conseguimento;
h) l'iscrizione all'Ordine Professionale con l'indicazione della relativa sede provinciale;
i) il numero di posizione occupato nella graduatoria regionale definitiva di Medicina Generale valevole **per l'anno 2019**, settore Emergenza Sanitaria Territoriale 118, con il relativo punteggio (**per chi concorre ai sensi del modello "A" di domanda**);
j) data e luogo di conseguimento dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale **e** data e luogo di conseguimento dell'attestato di idoneità all'Emergenza Sanitaria Territoriale 118 (**per chi concorre ai sensi del modello "B" di domanda**);
k) l'anzianità di servizio maturata nel 118 e l'indicazione della data e del luogo di conseguimento dell'attestato di idoneità all'Emergenza Sanitaria Territoriale 118 (**per chi concorre ai sensi del modello "C" di domanda**);
l) la data di conseguimento dell'abilitazione professionale e data e luogo di conseguimento dell'attestato di idoneità all'Emergenza Sanitaria Territoriale 118 (**per chi concorre ai sensi del modello "D" di domanda**);
m) tutte le attività in via di svolgimento, a qualsiasi titolo, anche precarie;
n) di non avere procedimenti penali a proprio carico;
o) di accettare le condizioni previste dal bando;
p) di autorizzare l'ASL BT al trattamento e utilizzo dei dati personali di cui al D.Lgs.n. 196/2003;
q) 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 c) che precede. L'aspirante è obbligato a comunicare per iscritto eventuali variazioni d'indirizzo.

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 che perverranno 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:
- **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;**
- **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.**

L'Amministrazione non si assume alcuna responsabilità in merito alla mancata ricezione di comunicazioni e/o convocazioni finalizzate all'attribuzione degli incarichi convenzionali, in caso di:
- **mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo di posta certificata;**
- **comunicazione effettuata con modalità differenti da quelle indicate nel presente bando (es. comunicazione scritta);**
- **eventuali disguidi postali o telegrafici o comunque imputabili a fatto di terzi, al caso fortuito o forza maggiore.**

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 modelli allegati predisposti dalla ASL BT;
- l'utilizzo di modelli di domanda diversi da quelli predisposti dalla ASL BT;

- la mancata sottoscrizione della domanda;
- la mancanza della 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

In relazione alle domande presentate dai medici aspiranti di cui al **punto a)** (MODELLO DI DOMANDA lettera "A") sarà predisposta, con i criteri di cui all'ACN del 29/07/2009, a norma delle disposizioni regionali vigenti materia e sulla base del punteggio acquisito da ciascun concorrente, una graduatoria 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;

In relazione alle domande presentate dai medici aspiranti di cui alla lettera **b)**, (MODELLO DI DOMANDA lettera "B") ai sensi della Norma Transitoria n. 7 ACN 29/07/2009, verranno predisposti degli elenchi separati, ai sensi dei criteri recepiti nella D.D. Regionale n. 155 del 27/09/2007 ed esplicati nella nota regionale prot. n. 9526/PATP del 04/07/2012, con priorità per i **medici residenti** nel territorio ASL BT che, all'atto dell'attribuzione dell'incarico provvisorio/sostituzione, non detengono alcun rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato e che non siano titolari di borse di studio anche inerenti a corsi di specializzazione, ovvero:

1. minore età al conseguimento della laurea,
2. voto di laurea,
3. anzianità di laurea,

che saranno utilizzati solo in caso di indisponibilità di tutti i medici di cui al punto a).

In relazione alle domande presentate dai medici aspiranti di cui alla lettera **c)** (MODELLO DI DOMANDA lettera "C"), ai sensi dell'art. 3 comma 10bis della L.R. n.67 del 29/12/2017, di modifica della L.R. n.26/2006, già rettificata ed integrata dalla L.R. n.7 del 28/03/2012, che **siano già incaricati a tempo determinato nel settore EST e siano in possesso del solo attestato di cui all'art. 96 dell'ACN 29/07/2009, alla data di pubblicazione della legge ovvero il 30/12/2017,** saranno predisposti degli elenchi graduati secondo le indicazioni stabilite all'art. 10 ter della L.R. 67/2018 ovvero:

1) <u>anzianità di servizio 118;</u>
2) <u>a parità del requisito sub) 1 la "residenza nell'azienda";</u>
3) <u>a parità del requisito sub) 2, la maggiore età</u>
4) <u>a parità del requisito sub) 3, il voto di laurea;</u>
5) <u>a parità del requisito sub) 4, l'anzianità di laurea;</u>

che saranno utilizzati solo in caso di indisponibilità di tutti i medici di cui al **punto a) e b).**

<u>Per "anzianità di servizio"</u> si intende quella maturata a seguito di conferimento d'incarico convenzionale secondo l'ACN quale medici di emergenza- urgenza 118; sono esclusi i medici che hanno prestato servizio nei Pronto Soccorso e nei PPI ospedalieri.

- In relazione alle domande presentate dai medici aspiranti, di cui alla lettera d), (MODELLO DI DOMANDA lettera "D") ai sensi della Finale n. 5 ACN 29/07/2009, che siano in possesso, **alla data di scadenza del presente bando**, dell'attestato d'idoneità all'esercizio delle attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, verranno predisposti degli elenchi separati, con priorità per i medici **residenti nel territorio ASL BT** che, all'atto dell'attribuzione dell'incarico provvisorio/sostituzione, non detengono alcun rapporto di lavoro dipendente

pubblico o privato e che non siano titolari di borse di studio anche inerenti a corsi di specializzazione, ovvero:

1. minore età al conseguimento della laurea,
2. voto di laurea,
3. anzianità di laurea,

che saranno utilizzati solo in caso di indisponibilità di tutti i medici di cui al **punto a), b) e c).**

MODALITA' DI CONFERIMENTO DEGLI INCARICHI

Gli incarichi di sostituzione e provvisori saranno conferiti, nel rispetto dell'art. 97 ACN 29/07/2009, prioritariamente ai medici di cui al **punto a)** ed in subordine ai medici presente ai punti successivi, secondo l'ordine aziendale di graduatoria. Esaurita la graduatoria, l'incarico potrà essere attribuito al medico precedentemente incaricato.

Si precisa che dei medici concorrenti ex Norma Transitoria n. 7 e dei medici concorrenti ex Norma Finale n. 5 **(modelli di domanda lettera "B" e "D"),** con priorità per i **medici residenti nel territorio ASL BT,** avranno la precedenza coloro che, all'atto dell'attribuzione dell'incarico, **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 (dott.ssa Mariagrazia Capogna) – dalle ore 12 alle ore 13 dei giorni di martedì e giovedì.

ET/MC

Il Direttore Area Gestione del Personale
(dott. Francesco Nitti)

Il Direttore Generale
(avv. ALESSANDRO DELLE DONNE)

ALLEGATO A)

Marca da Bollo
Euro 16,00
Agenzia delle Entrate
Prot.n.954-19608/2010
del 18/02/2010

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

OGGETTO: Domanda di partecipazione all'avviso pubblico per il conferimento di incarichi convenzionali provvisori e di sostituzione nelle attività di Emergenza Sanitaria Territoriale "118" – Macro Aree ASL BT, a norma del Capo V ACN del 29/07/2009.

Il sottoscritto _____, presa visione del bando pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. _____ del _____, chiede di essere ammesso alla selezione, per la formazione di graduatorie ed elenchi per il conferimento di incarichi convenzionali provvisori e di sostituzione nel Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale "118" di codesta ASL BT.

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità:

- ☐ 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 essere in possesso della cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, ovvero cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea, ovvero essere in possesso dei requisiti sostitutivi di cui all'art. 38 D.Lgs. n. 165/01 e s.m.i (indispensabile specificare la condizione) _____;
- ☐ di essere/non essere iscritto nelle liste elettorali del comune di_____(1) (**);
- ☐ 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_____;
- ❑ (*nel caso di titoli accademici conseguiti in un Paese dell'UE*) 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 e di studio conseguiti all'estero*) 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 _____;
- ❑ di essere regolarmente iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ con numero_____;
- ❑ 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 2019**, pubblicata sul **BURP n. 138 del 25/10/2018;**
- ❑ di allegare dichiarazione sostitutiva di atto notorio di cui all'allegato "L" dell'ACN 29/07/2009;
- ❑ di non avere procedimenti penali a proprio carico in corso;
- ❑ di accettare tutte le condizioni previste dal bando e altresì che le modalità di notifica rinvenienti dalla presente procedura, ivi comprese le convocazioni per l'eventuale accettazione degli incarichi provvisori/di sostituzione, saranno effettuate dall'U.O.S.V.D. Personale Convenzionato/Strutture Accreditate a mezzo PEC **all'indirizzo di posta elettronica certificata dichiarato dal candidato nella domanda**;
- ❑ di accettare che l'amministrazione non si assume alcuna responsabilità in merito alla mancata ricezione delle comunicazioni e/o convocazioni all'indirizzo di posta elettronica certificata dichiarata dal candidato nella domanda;
- ❑ 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 documento di riconoscimento in corso di validità.

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

Dr._____ COMUNE DI _____prov. _____

_____CAP_____VIA_____, N. _____Recapito

Telefonico _____, Indirizzo pec_____.

Il sottoscritto dichiara fin da ora di accettare senza alcuna riserva tutte le condizioni fissate dall'Accordo Collettivo Nazionale 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 personale 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)

In fede

_____
(firma non autenticata) (*)

(*)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.

(1)(**) Sottolineare la casella che interessa e cancellare l'ipotesi che non interessa. In caso di mancata iscrizione indicarne i motivi.

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 B)

Marca da Bollo
Euro 16.00
Agenzia delle Entrate
Prot.n.954-19608/2010
del 18/02/2010

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

OGGETTO: Domanda di partecipazione all'avviso pubblico per il conferimento di incarichi convenzionali provvisori e di sostituzione nelle attività di Emergenza Sanitaria Territoriale "118" – Macro Aree ASL BT, a norma del Capo V ACN del 29/07/2009.

Il sottoscritto _____, presa visione del bando pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. _____ del _____, chiede di essere ammesso alla selezione, per la formazione di graduatorie ed elenchi per il conferimento di incarichi convenzionali provvisori e di sostituzione nel Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale "118" di codesta ASL BT.

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità:

- ☐ di essere nato a_____ il_____ C.F._____;
- ☐ di essere residente nel Comune di _____Via-Piazza_____ n.° _____ CAP_____;
- ☐ Recapito Telefonico Fisso n. _____;
- ☐ Recapito mobile Cell. _____;
- ☐ di essere in possesso della cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, ovvero cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea, ovvero essere in possesso dei requisiti sostitutivi di cui all'art. 38 D.Lgs. n. 165/01 e s.m.i (indispensabile specificare la condizione) _____;
- ☐ di essere/non essere iscritto nelle liste elettorali del comune di_____(1) (**);
- ☐ 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_____;

- ❑ (*nel caso di titoli accademici conseguiti in un Paese dell'UE*) 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 e di studio conseguiti all'estero*) 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 _____;
- ❑ di essere regolarmente iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ con numero_____;
- ❑ di concorrere per l'inserimento nella graduatoria aziendale ASL BT, ai sensi della norma transitoria n. 7 ACN 29/07/2009, avendo conseguito l'attestato di idoneità all'esercizio delle attività di Emergenza Sanitaria Territoriale successivamente alla data di scadenza della presentazione delle domande di inclusione in graduatoria regionale, in data _____ presso _____ e di aver conseguito l'attestato di Formazione Specifica in Medicina Generale in data_____ presso _____ ;
- ❑ 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 allegare dichiarazione sostitutiva di atto notorio di cui all'allegato "L" dell'ACN 29/07/2009;
- ❑ di non avere procedimenti penali a proprio carico;
- ❑ di accettare tutte le condizioni previste dal bando e altresì che le modalità di notifica rinvenienti dalla presente procedura, ivi comprese le convocazioni per l'eventuale accettazione degli incarichi provvisori/di sostituzione, saranno effettuate dall'U.O.S.V.D. Personale Convenzionato/Strutture Accreditate a mezzo PEC **all'indirizzo di posta elettronica certificata dichiarato dal candidato nella domanda;**
- ❑ di accettare che l'amministrazione non si assume alcuna responsabilità in merito alla mancata ricezione delle comunicazioni e/o convocazioni all'indirizzo di posta elettronica certificata dichiarata dal candidato nella domanda;
- ❑ 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 documento di riconoscimento in corso di validità.

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

Dr._____ COMUNE DI _____prov. _____

_____CAP_____VIA_____, N. _____Recapito

Telefonico _____, Indirizzo pec_____.

Il sottoscritto dichiara fin da ora di accettare senza alcuna riserva tutte le condizioni fissate dall'Accordo Collettivo Nazionale 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 personale 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)

In fede

_____
(firma non autenticata)(*)

(*)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.

(1)(**) Sottolineare la casella che interessa e cancellare l'ipotesi che non interessa. In caso di mancata iscrizione indicarne i motivi.

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 C)

Marca da Bollo
Euro 16,00
Agenzia delle Entrate
Prot.n.954-19608/2010
del 18/02/2010

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

OGGETTO: Domanda di partecipazione all'avviso pubblico per il conferimento di incarichi convenzionali provvisori e di sostituzione nelle attività di Emergenza Sanitaria Territoriale "118" – Macro Aree ASL BT, a norma del Capo V ACN del 29/07/2009.

Il sottoscritto _____, presa visione del bando pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. _____ del _____, chiede di essere ammesso alla selezione, per la formazione di graduatorie ed elenchi per il conferimento di incarichi convenzionali provvisori e di sostituzione nel Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale "118" di codesta ASL BT.

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità:

- ☐ 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 essere in possesso della cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, ovvero cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea, ovvero essere in possesso dei requisiti sostitutivi di cui all'art. 38 D.Lgs. n. 165/01 e s.m.i (indispensabile specificare la condizione) _____;
- ☐ di essere/non essere iscritto nelle liste elettorali del comune di_____(1) (**);
- ☐ 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_____;
- ☐ (*nel caso di titoli accademici conseguiti in un Paese dell'UE*) di aver conseguito presso il seguente Paese dell'Unione Europea _____ il titolo di studio_____ _____ in data _____ equiparato, ai sensi dell'art. 38 co.3 dei D.Lgs. 165/2001, con D.P.C.M._____;
- ☐ (*nel caso di titoli accademici e di studio conseguiti all'estero*) 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 _____;
- ☐ di essere regolarmente iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ con numero_____;

- ☐ di concorrere, per l'inserimento negli elenchi aziendali ASL BT, ai sensi della L.R. n. 67 del 29/12/2017, di modifica ed integrazione della L.R. n. 26/2006 e della L.R. n. 7/2012, essendo in servizio a tempo determinato dalla data di entrata in vigore della legge su richiamata, ovvero il **30/12/2017,** nel settore EST 118 presso la ASL_____ ed avendo maturato la seguente anzianità di servizio nel settore:
  1. AZIENDA_____
     dal_____al_____
     totale mesi:_____ ;
  2. AZIENDA_____
     dal_____al_____
     totale mesi:_____ ;
  3. AZIENDA_____
     dal_____al_____
     totale mesi:_____ ;
  4. AZIENDA_____
     dal_____al_____
     totale mesi:_____ ;
  5. AZIENDA_____
     dal_____al_____
     totale mesi:_____ ;
- ☐ di essere in possesso dell'Attestato d'idoneità per l'esercizio di attività medica di emergenza territoriale di cui all'art. 96 dell'ACN del 29/07/2009, **alla data di entrata in vigore** della legge su richiamata, ovvero il **30/12/2017,** conseguito in data _____ presso _____;

- ❑ di allegare dichiarazione sostitutiva di atto notorio di cui all'allegato "L" dell'ACN 29/07/2009;
- ❑ di non avere procedimenti penali a proprio carico;
- ❑ di accettare tutte le condizioni previste dal bando e altresì che le modalità di notifica rinvenienti dalla presente procedura, ivi comprese le convocazioni per l'eventuale accettazione degli incarichi provvisori/di sostituzione, saranno effettuate dall'U.O.S.V.D. Personale Convenzionato/Strutture Accreditate a mezzo PEC **all'indirizzo di posta elettronica certificata dichiarato dal candidato nella domanda**;
- ❑ di accettare che l'amministrazione non si assume alcuna responsabilità in merito alla mancata ricezione delle comunicazioni e/o convocazioni all'indirizzo di posta elettronica certificata dichiarata dal candidato nella domanda;
- ❑ 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 documento di riconoscimento in corso di validità.

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

Dr._____ COMUNE DI _____prov. _____

_____CAP_____VIA_____, N. _____Recapito

Telefonico _____, Indirizzo pec_____.

Il sottoscritto dichiara fin da ora di accettare senza alcuna riserva tutte le condizioni fissate dall'Accordo Collettivo Nazionale 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 personale 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)

In fede

_____
(firma non autenticata) (*)

(*) 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.

(1)(**) Sottolineare la casella che interessa e cancellare l'ipotesi che non interessa. In caso di mancata iscrizione indicarne i motivi.

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 D)

Marca da Bollo
Euro 16,00
Agenzia delle Entrate
Prot.n.954-19608/2010
del 18/02/2010

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

OGGETTO: Domanda di partecipazione all'avviso pubblico per il conferimento di incarichi convenzionali provvisori e di sostituzione nelle attività di Emergenza Sanitaria Territoriale "118" – Macro Aree ASL BT, a norma del Capo V ACN del 29/07/2009.

Il sottoscritto _____, presa visione del bando pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. _____ del _____, chiede di essere ammesso alla selezione, per la formazione di graduatorie ed elenchi per il conferimento di incarichi convenzionali provvisori e di sostituzione nel Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale "118" di codesta ASL BT.

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità:

- ☐ 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 essere in possesso della cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, ovvero cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea, ovvero essere in possesso dei requisiti sostitutivi di cui all'art. 38 D.Lgs. n. 165/01 e s.m.i (indispensabile specificare la condizione) _____;
- ☐ di essere/non essere iscritto nelle liste elettorali del comune di_____(1) (**);
- ☐ 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_____;
- ❑ (*nel caso di titoli accademici conseguiti in un Paese dell'UE*) 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 e di studio conseguiti all'estero*) 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 _____;
- ❑ di essere regolarmente iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ con numero_____;
- ❑ di concorrere per l'inserimento negli elenchi aziendali ASL BT, ai sensi della norma finale n.5 dell'ACN del 29/07/2009 avendo acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994, il _____ presso_____ ed in quanto in possesso, **alla data di scadenza del presente bando**, dell'attestato d'idoneità all'esercizio delle attività di Emergenza Sanitaria Territoriale conseguito in data _____ presso _____;
- ❑ 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 allegare dichiarazione sostitutiva di atto notorio di cui all'allegato "L" dell'ACN 29/07/2009;
- ❑ di non avere procedimenti penali a proprio carico;
- ❑ di accettare tutte le condizioni previste dal bando e altresì che le modalità di notifica rinvenienti dalla presente procedura, ivi comprese le convocazioni per l'eventuale accettazione degli incarichi provvisori/di sostituzione, saranno effettuate dall'U.O.S.V.D. Personale Convenzionato/Strutture Accreditate a mezzo PEC **all'indirizzo di posta elettronica certificata dichiarato dal candidato nella domanda**;
- ❑ di accettare che l'amministrazione non si assume alcuna responsabilità in merito alla mancata ricezione delle comunicazioni e/o convocazioni all'indirizzo di posta elettronica certificata dichiarata dal candidato nella domanda;

- ❑ 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 documento di riconoscimento in corso di validità.

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

Dr._____ COMUNE DI _____prov. _____

_____CAP_____VIA_____, N. _____Recapito

Telefonico _____, Indirizzo pec_____.

Il sottoscritto dichiara fin da ora di accettare senza alcuna riserva tutte le condizioni fissate dall'Accordo Collettivo Nazionale 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 personale 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)

In fede

_____
(firma non autenticata) (*)

(*) 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.
(1)(**) Sottolineare la casella che interessa e cancellare l'ipotesi che non interessa. In caso di mancata iscrizione indicarne i motivi

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"