

ASL BT

AVVISO PUBBLICO PER IL CONFERIMENTO DI TURNI DI REPERIBILITA' NEI DISTRETTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE – ASL BT.

In esecuzione della Deliberazione del Direttore Generale ASL BT n. 2117 del 26/11/2019, è indetto

AVVISO PUBBLICO

per la formazione di appositi elenchi distrettuali, validi per il conferimento di turni di reperibilità nell'ambito del Servizio di Continuità Assistenziale della Azienda Sanitaria Locale BT, ai sensi del Capo III 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 del 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 del 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 iscritti nella graduatoria regionale definitiva valevole per **l'anno 2019**, pubblicata sul **BURP n. 138 del 25/10/2018;**
2. medici che abbiano acquisito l'attestato di formazione specifica in medicina generale, di cui al D.L.vo n. 256/91, nella Regione interessata successivamente alla data di scadenza della presentazione delle domande di inclusione nella graduatoria regionale (ai sensi della **Norma Transitoria N.4 ACN 29/07/2009**);
3. 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**).

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 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 allegato** al presente avviso, **pena l'esclusione**.

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

Le domande devono essere inoltrate, pena esclusione, **entro 15 gg. 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. allegato 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:

- 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 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 continuità assistenziale, con il relativo punteggio (**per chi concorre ai sensi del punto 1) di cui al modello di domanda**);
- j) data e luogo di conseguimento dell'attestato di Formazione Specifica in Medicina Generale (**per chi concorre ai sensi del punto 2) di cui al modello di domanda**);
- k) la data di conseguimento dell'abilitazione professionale (**per chi concorre ai sensi del punto 3) di cui al modello di domanda**);
- l) tutte le attività in via di svolgimento, a qualsiasi titolo, anche precarie;
- m) di non avere procedimenti penali a proprio carico;
- n) di accettare le condizioni previste dal bando;
- o) di autorizzare l'ASL BT al trattamento e utilizzo dei dati personali di cui al D.Lgs.n. 196/2003;
- p) 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.

Gli aspiranti dovranno esprimere nella istanza, **a pena di esclusione**, una sola opzione in merito alla scelta del Distretto in cui intendono garantire la reperibilità domiciliare, barrando la casella di riferimento:

- DISTRETTO SANITARIO N.1 S. Ferdinando di Puglia – Margherita di Savoia – Trinitapoli;
- DISTRETTO SANITARIO N.2 Andria;
- DISTRETTO SANITARIO N.3 Canosa di Puglia – Minervino Murge – Spinazzola;
- DISTRETTO SANITARIO N.4 Barletta;
- DISTRETTO SANITARIO N.5 Trani – Bisceglie.

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 la non ammissione**;

- 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 la non ammissione.**

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.**

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'utilizzo di modelli diversi rispetto a quelli previsti dal bando.
- l'indicazione di più opzioni in merito alla scelta del Distretto in cui il sanitario intende garantire la reperibilità domiciliare.

FORMULAZIONE DELLE GRADUATORIE

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**, saranno predisposte, 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.

Delle domande presentate dai medici concorrenti ex Norma Transitoria n.4 e Norma Finale n.5 dell'ACN del 29/07/2009, saranno predisposti due elenchi distinti tra medici residenti nel territorio ASL BT e medici residenti nel territorio di altre Aziende, e saranno graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea, dell'anzianità di laurea, **con precedenza per i medici che non detengano alcun rapporto di lavoro pubblico o privato e che non siano titolari di borse di studio anche inerenti a corsi di specializzazione.**

MODALITA' DI CONFERIMENTO DEI TURNI

I turni di reperibilità saranno conferiti, nel rispetto dell'art 71 ACN del 29/07/2009, e dell'art. 43 AIR/2008, prioritariamente ai medici di cui al punto 1) e successivamente ai medici di cui al punto 2) e 3).

Si dà atto che avranno precedenza i sanitari che **non detengano alcun rapporto di lavoro pubblico o privato e che non siano titolari di borse di studio anche inerenti a corsi di specializzazione.**

I turni, per ciascun Distretto, saranno conferiti fino alla copertura del contingente necessario a garantire la continuità dell'assistenza ovvero il numero dei medici in reperibilità, utilizzati per ciascun turno, deve essere pari almeno alla metà dei medici presenti in turno attivo per ciascun Distretto (art. 43 co. 6 AIR 2008).

Tutte le comunicazioni relative al bando de quo saranno effettuate dall'U.O.S.V.D. Personale Convenzionato/Strutture Accreditate **esclusivamente** tramite posta aziendale certificata (art. 16 comma 7 L.n. del 28/01/2009).

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.

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 11 alle ore 12 dei giorni di lunedì, mercoledì e venerdì.

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

Il Direttore Generale
(Avv. Alessandro Delle Donne)

Marca da Bollo Euro 16,00 Parere 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: Richiesta di partecipazione all'avviso pubblico per il conferimento di turni di reperibilità nell'ambito del Servizio di Continuità Assistenziale della Azienda Sanitaria Locale BT.

Il sottoscritto dott. _____, presa visione del bando pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. _____ del _____, chiede di essere ammesso alla pubblica selezione, per la formazione di appositi elenchi distrettuali per il conferimento di turni di reperibilità nell'ambito del Servizio di Continuità Assistenziale della Azienda Sanitaria Locale BT 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 risiedere nel Comune di _____ CAP _____ alla Via _____, n° _____;
- di avere il seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata (obbligatorio) _____;
- Recapito Telefonico Fisso n. _____;
- Recapito mobile Cell. _____;
- di essere in possesso della cittadinanza italiana, salve le equiparazioni stabilite dalle leggi vigenti, ovvero di essere in possesso della cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione Europea, ovvero dei requisiti sostitutivi di cui all'art. 38 D.Lgs. n. 165/01 e s.m.i (indispensabile specificare la condizione se diversa dalla cittadinanza italiana) _____;
- di essere/non essere iscritto nelle liste elettorali del comune di _____ per il seguente motivo _____;
- di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia in data _____, con voto di laurea _____ presso _____;
- di essere regolarmente 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, essendo incluso al n. _____, con punti _____, della **graduatoria regionale di Medicina Generale per l'anno 2019**, settore continuità assistenziale, pubblicata sul **BURP n. 138 DEL 25/10/2018 (**)**;
 2. 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 _____ (**);
 3. 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 accettare le condizioni previste dal bando;
- 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 esprime la seguente ed unica preferenza in merito al Distretto in cui intende assicurare la reperibilità domiciliare:
- DISTRETTO SANITARIO N.1 S. Ferdinando di Puglia – Margherita di Savoia – Trinitapoli;
 - DISTRETTO SANITARIO N.2 Andria;
 - DISTRETTO SANITARIO N.3 Canosa di Puglia – Minervino Murge – Spinazzola;
 - DISTRETTO SANITARIO N.4 Barletta;
 - DISTRETTO SANITARIO N.5 Trani – Bisceglie

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".

(Luogo e data)

FIRMA

(*)
(non soggetta ad autenticazione)

(*) La presente domanda deve essere datata e firmata, 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.

(**) Compilare la casella che interessa e cancellare l'ipotesi che non interessa. **L'indicazione di una delle ipotesi è obbligatoria ed esclude le altre.**

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"