

REGIONE PUGLIA SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA  
**PUBBLICAZIONE DEGLI AMBITI CARENTI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA AI SENSI DELL'ART. 34 CO. 17 DELL'ACN 28/04/2022, DALLE AZIENDE SANITARIE - RESIDUI ANNO 2024.**

**ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE**

**PUBBLICAZIONE DEGLI AMBITI CARENTI DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA AI SENSI DELL'ART. 34 CO. 17 DELL'ACN 28/04/2022, DALLE AZIENDE SANITARIE - RESIDUI ANNO 2024**

<b>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI FOGGIA</b>				
Viale M.Protano n. 13 71121 Foggia				
<b>DISTRETTO</b>	<b>COMUNE</b>	<b>CARENZE</b>	<b>NOTA</b>	<b>DISPONIBILITA'</b>
59	Candela	2	prot n. 91541 del 2/09/2024	1 dal 1/10/2024
<b>TOTALE</b>		<b>2</b>		

Visto il Bando di pubblicazione degli ambiti carenti straordinari del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta dell'anno 2024, assegnati ai sensi dell'art. 34 co.5 ACN 28/04/2022, pubblicati sul BURP n. 63 del 05/08/2024.

Vista la comunicazione pervenuta dall'ASL FG, acquisita agli atti e richiamata nel prospetto, in merito agli incarichi del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta straordinari non assegnati, riferiti all'anno 2024, a seguito delle procedure esperite ai sensi dell'art. 34 co. 5 lett. a), lett.b), e lett.c) dell'ACN del 28/04/2022, per i medici che hanno conseguito il titolo di formazione specifica in M.G. relativo al corso 2019 – 2022 dopo il 15 febbraio 2023.

Considerato che, l'art. 34 dell'ACN 28/04/2022 comma 17, dispone: "Espletate le procedure(...), qualora uno o più incarichi rimangono vacanti, la Regione (...) predispone specifica comunicazione inerente la disponibilità degli incarichi sul proprio sito istituzionale e chiede pubblicazione del relativo link sul sito della SISAC al fine di favorire la partecipazione dei medici interessati."

Preso atto:

- della nota prot. n. 193/2020 con la quale la SISAC ha precisato la natura della procedura c.d. SISAC, richiamata al punto 17) dell'art. 34 dell'ACN 28/04/2022, che pur supplendo alla seconda pubblicazione *"debba disporsi solo in corso d'anno a seguito della procedura ordinaria, e supplisce alla seconda pubblicazione in corso d'anno che si operava secondo il disposto del previgente ACN"*;
- di quanto stabilito dalla Deliberazione di Giunta Regionale n. 2453 del 30/12/2019, in ordine alle modalità (concordate e definite in sede di Comitato Permanente Regionale ex art. 24 ACN 29/07/2009) di attribuzione degli incarichi carenti rimasti vacanti;
- di indire la procedura di assegnazione degli incarichi rimasti vacanti del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta, che sarà gestita dalla ASL TA secondo le modalità previste dall'art. 34 co. 17 dell' ACN " Accordo Collettivo Nazionale di Medicina Generale 28/04/2022".

**Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti residuali del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta i soggetti di seguito riportati, secondo il seguente ordine di priorità:**

- a) i medici inseriti nelle graduatorie di altre Regioni, diverse da quella della Regione Puglia;
- b) i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale;
- c) in subordine, i medici corsisti ancora iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale, in ottemperanza al D.L. 14 dicembre 2018 n. 135, art. 9, convertito con L. 11 febbraio 2019 n. 12 e successivamente all' articolo 12, comma 3, del D.lgs 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modifiche, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60.

I candidati di cui alla lettera a) sono graduati sulla base del punteggio già attribuito nella vigente graduatoria di provenienza ed in caso di pari punteggio prevalgono, nell'ordine, la minore età, il voto di laurea e l'anzianità di laurea.

I candidati di cui alla alla lett. b) sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea, con priorità di interpello per i medici:

- residente nell'ambito carente;
- residenti in ambito ASL;
- residenti in ambito regionale;
- residenti fuori Regione;

I candidati di cui alla lettera c), nelle singole categorie di appartenenza, saranno graduati secondo i criteri già adottati dal vigente ACN, e precisamente nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea, e dell'anzianità di laurea, con priorità di interpello per i medici:

- residenti nell'ambito carente;
- residenti in ambito ASL;
- residenti in ambito Regionale;
- residenti fuori Regione.

Nell'assegnazione degli incarichi le AA.SS.LL. procederanno utilizzando gli elenchi, con il seguente ordine di priorità:

- I. Medici frequentanti la terza annualità del corso;
- II. Medici frequentanti la seconda annualità;
- III. Medici frequentanti la prima annualità del corso.

Si rende noto che, secondo quanto previsto dall'art.34, comma 17 dell'ACN del 28/04/2022, il presente bando verrà pubblicato sul BUR della Regione Puglia – Sezione Concorsi, successivamente questa Sezione procederà alla pubblicazione del relativo link sul sito della SISAC, al fine di favorire la partecipazione dei medici interessati, richiamati nelle precedenti lettere: a), b) e c).

Sul Bur della Regione Puglia si procederà poi a dare evidenza della data di pubblicazione del bando relativo agli ambiti carenti residui del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta anno 2024 da parte della SISAC. Da tale data decorrerà il termine di 20 (venti) giorni per la presentazione delle domande, a mezzo PEC ed in conformità agli schemi allegati, indirizzandola alla ASL FG, da parte dei medici, purchè non titolari di altro incarico a tempo indeterminato analogo a quello per il quale concorre.

- Allegato "A" domanda per i medici inseriti nelle graduatorie di altre Regioni, ai sensi dell'art.34 co. 17 lett.a) ACN del 28/04/2022;
- Allegato "B" domanda per i medici in possesso del CFSMG, ai sensi dell'art.34 co. 17 lett. b) ACN del 28/04/2022;
- d) Allegato "C" domanda per i medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale, ai sensi del D.L. dicembre 2018 n. 135, art. 9, convertito nella L. 11 febbraio 2019, n.12, e dell'articolo

12, comma 3, del D.lgs 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modifiche, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, così come recepito dall'art. 34 co.18 dell'ACN 28/04/2022 distinto per anno di frequenza.

I medici aspiranti di cui all'allegato "C" possono concorrere esclusivamente nella stessa regione presso la quale stanno frequentando il corso di formazione specifica in medicina generale. La loro assegnazione rimane comunque subordinata a quella dei medici di cui allegato A) e B). Gli incarichi in questione dovranno essere assegnati nel rispetto dell'art.34 co.19 dell'ACN del 28/04/2022 e della DGR 2453 del 30/12/2019.

Nel modulo di domanda dovrà essere indicato il domicilio digitale del candidato che deve coincidere con l'indirizzo di posta elettronica certificata (PEC).

La domanda dovrà essere firmata secondo una delle seguenti modalità:

1. con firma autografa su carta, in forma estesa e leggibile, scansionata ed accompagnata da copia del documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (ai sensi dell'art.38 del DPR 445/2000)
2. con firma digitale o qualificata intestata al candidato utilizzabile per qualunque tipo di trasmissione.

Al momento dell'invio della domanda il medico deve avere provveduto all'assolvimento dell'imposta di bollo pari ad € 16,00, annullando la marca da bollo sulla domanda scansionata.

La domanda deve essere inviata, esclusivamente per PEC, da casella di posta elettronica certificata di cui il candidato sia titolare, al seguente indirizzo:

1. [aslfg@mailcert.aslfg.it](mailto:aslfg@mailcert.aslfg.it)

e deve riportare chiaramente, nell'oggetto, la dicitura: "DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA RESIDUI ANNO 2024 AMBITO TERRITORIALE/COMUNE DI... Ad ogni messaggio PEC trasmesso deve corrispondere un'unica domanda, nella quale si potranno eventualmente inserire più preferenze territoriali. In caso di spazi insufficienti rispetto al fac-simile si possono prevedere fogli aggiuntivi. I termini per la presentazione delle domande sono perentori, pena esclusione. Ai fini della verifica della trasmissione della domanda entro il termine utile (ore 24:00 del giorno di scadenza), farà fede l'avviso di consegna della posta elettronica certificata (PEC). E' onere del candidato verificare l'effettiva ricezione della domanda, da parte delle AA.SS.LL, attraverso la "ricevuta di avvenuta consegna", rilasciata dai sistemi telematici: l'assenza di tale ricevuta indica che la comunicazione non è stata recapitata ai sistemi aziendali. Il candidato è tenuto altresì a verificare l'effettiva leggibilità della documentazione trasmessa. In allegato alla domanda gli aspiranti devono inoltrare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio, resa ai sensi dell'art. 47 della D.P.R n. 445/2000, esente da bollo, con allegata una copia fotostatica di un documento di identità, attestante se alla data di presentazione della domanda l'esistenza di rapporti di lavoro dipendente, anche a titolo precario, trattamenti di pensione e se si trovano in situazione di incompatibilità. I medici corsisti di cui all'allegato "C" dovranno dichiarare inoltre di non trovarsi in situazioni di incompatibilità per effetto dell'art. 21 dell'ACN 28/04/2022. Tutte le altre situazioni di incompatibilità devono cessare nei termini di cui al comma 4 dell'art 21 dell'ACN 28/04/2022.

**Il funzionario istruttore**

Roberta Esposito

**Il Responsabile E.Q.**

Emanuele Carbonara

**Il Dirigente della Sezione SGO**

Mauro Nicastro



**REGIONE  
PUGLIA**

Trasmissione a mezzo fax e  
posta elettronica ai sensi  
dell'art.47 del D. Lgs n. 82/2005

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE ANIMALE

SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

SERVIZIO STRATEGIE E GOVERNO DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA-GESTIONE  
RAPPORTI CONVENZIONALI

ALLEGATO "A"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL' ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI DISTRETTUALI CARENTI DEL RUOLO UNICO DI  
ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA (ANNO 2024) NON ASSEGNATI  
(medici inseriti in graduatorie di altre Regioni)**

MARCA DA BOLLO €16

SPETT.LE  
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI  
VIA  
CAP

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_ il \_\_\_\_\_ M \_\_\_ F \_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ c.a.p.  
\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ ASL di residenza \_\_\_\_\_  
inserito nella graduatoria definitiva della Regione \_\_\_\_\_, valevole per l'anno 2024

al posto n. \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_ pubblicata sul BUR n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

**FA DOMANDA**

Secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 17, lett. a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 28/04/2022, per assegnazione degli ambiti distrettuali carenti del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ e segnatamente per i seguenti ambiti:

n.	AZIENDA	Ambito Territoriale	n.	AZIENDA	Ambito Territoriale
1			5		
2			6		
3			7		
4			8		

Allega alla presente certificato storico di residenza e/o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.

ALLEGATI n. \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) \_\_\_\_\_  
(Campo obbligatorio)

Luogo e Data \_\_\_\_\_ (firma autenticata\*) \_\_\_\_\_



**REGIONE  
PUGLIA**

Trasmissione a mezzo fax e  
posta elettronica ai sensi  
dell'art.47 del D. Lgs n. 82/2005

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE ANIMALE  
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA  
SERVIZIO STRATEGIE E GOVERNO DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA-GESTIONE  
RAPPORTI CONVENZIONALI

(\*) Ai sensi dell'articolo 35 del DPR 445/2000, alla domanda deve essere allegata la fotocopia di un documento d'identità in corso di validità del candidato (non necessaria esclusivamente se la domanda è firmata con firma digitale o qualificata intestata al candidato).

**L'inosservanza di quanto specificato comporta l'esclusione della domanda.**

**N.B: L'autocertificazione e la dichiarazione sostitutiva di notorietà sono esenti da bollo e vanno corredata da copia fotostatica del documento di identità, pena esclusione.**



**REGIONE  
PUGLIA**

Trasmissione a mezzo fax e  
posta elettronica ai sensi  
dell'art.47 del D. Lgs n. 82/2005

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE ANIMALE

SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

SERVIZIO STRATEGIE E GOVERNO DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA-GESTIONE  
RAPPORTI CONVENZIONALI

ALLEGATO "B"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL' ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI DISTRETTUALI CARENTI DEL RUOLO UNICO DI  
ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA (ANNO 2024) NON ASSEGNATI**

**I medici che hanno conseguito titolo di formazione specifica in Medicina Generale**

MARCA DA BOLLO €16

SPETT.LE  
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI  
VIA  
CAP

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_ il \_\_\_\_\_ M \_\_\_ F \_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

e residente nel territorio della Regione \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_, di aver conseguito il titolo di formazione  
nel triennio \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ presso ASL \_\_\_\_\_.

Di aver conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia in data \_\_\_\_\_, con voto \_\_\_\_\_/110.

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 17, lett. b) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale 28/04/2022, per  
l'assegnazione, degli ambiti distrettuali carenti del ruolo unico di A.P. a ciclo di scelta pubblicati sul BURP n. \_\_\_\_\_ del  
\_\_\_\_\_, e segnatamente per i seguenti incarichi:

n.	AZIENDA	Ambito Territoriale	n.	AZIENDA	Ambito Territoriale
1			5		
2			6		
3			7		
4			8		

Allega alla presente:

1. certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva
2. Attestato di formazione specifica in medicina generale.

indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) \_\_\_\_\_  
(Campo obbligatorio)

**Luogo e Data** \_\_\_\_\_ **(firma autenticata\*)** \_\_\_\_\_



**REGIONE  
PUGLIA**

Trasmissione a mezzo fax e  
posta elettronica ai sensi  
dell'art.47 del D. Lgs n. 82/2005

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE ANIMALE  
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA  
SERVIZIO STRATEGIE E GOVERNO DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA-GESTIONE  
RAPPORTI CONVENZIONALI

(\*) Ai sensi dell'articolo 35 del DPR 445/2000, alla domanda deve essere allegata la fotocopia di un documento d'identità in corso di validità del candidato (non necessaria esclusivamente se la domanda è firmata con firma digitale o qualificata intestata al candidato).

**L'inosservanza di quanto specificato comporta l'esclusione della domanda.**

**N.B: L'autocertificazione e la dichiarazione sostitutiva di notorietà sono esenti da bollo e vanno corredata da copia fotostatica del documento di identità, pena esclusione.**



**REGIONE  
PUGLIA**

Trasmissione a mezzo fax e  
posta elettronica ai sensi  
dell'art.47 del D. Lgs n. 82/2005

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE ANIMALE

SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA

SERVIZIO STRATEGIE E GOVERNO DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA-GESTIONE  
RAPPORTI CONVENZIONALI

ALLEGATO "C"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL' ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI DISTRETTUALI CARENTI DEL RUOLO UNICO DI  
ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA (ANNO 2024) NON ASSEGNATI**

(medici iscritti al corso di formazione in medicina generale D.L.vo N. 256/91 e delle norme corrispondenti di cui D.L.vo n. 368/99 e di cui al D.L.vo n. 277/03) ai sensi del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135, art 9, convertito nella L. 11 febbraio 2019, n. 12 e dell' articolo 12, comma 3, del D.lgs 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modifiche, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60.

MARCA DA BOLLO €16

SPETT.LE  
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI  
VIA  
CAP

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_ il \_\_\_\_\_ M \_\_\_ F \_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

e residente nel territorio della Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Isritto al  1°  2°  3° (barrare) anno del corso di formazione in medicina generale, presso \_\_\_\_\_  
con sede \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ (\*)

(\*) Gli aspiranti aventi titolo possono concorrere solo per le zone carenti che rientrano nell'ambito regionale in cui insiste le sede del polo formativo a cui sono stati assegnati.

Di aver conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia in data \_\_\_\_\_, con voto \_\_\_\_\_/110.

**FA DOMANDA**

Secondo quanto previsto dall'art. 9 D.L. 14 dicembre 2018, n. 135, convertito nella L. 11 febbraio 2019, n. 12 e dall' articolo 12, comma 3, del D.lgs 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modifiche, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, per l'assegnazione degli ambiti distrettuali carenti del ruolo unico di a. p a ciclo di scelta pubblicati sul BURP n. del \_\_\_\_\_ e segnatamente per i seguenti incarichi:

n.	AZIENDA	Ambito Territoriale	n.	AZIENDA	Ambito Territoriale
1			5		
2			6		
3			7		
4			8		

Chiede a tal fine, in osservanza a quanto previsto D.L. 14 dicembre 2018, n. 135, convertito nella L. 11 febbraio 2019, n. 12 e all' articolo 12, comma 3, del D.lgs 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modifiche, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60 di poter accedere alla assegnazione degli incarichi carenti, in subordine agli aventi titolo ai sensi dell'art. 34 co.17 lett. a) e b) dell'ACN 28/04/2022, nel rispetto della graduazione prevista dal presente bando in linea con l'art. 34 co. 18.

**Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.**



**REGIONE  
PUGLIA**

Trasmissione a mezzo fax e  
posta elettronica ai sensi  
dell'art.47 del D. Lgs n. 82/2005

DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE ANIMALE  
SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA  
SERVIZIO STRATEGIE E GOVERNO DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA-GESTIONE  
RAPPORTI CONVENZIONALI

**Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:**

indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) \_\_\_\_\_  
(Campo obbligatorio)

**Luogo e Data** \_\_\_\_\_ **(firma autenticata\*)** \_\_\_\_\_

(\*) Ai sensi dell'articolo 35 del DPR 445/2000, alla domanda deve essere allegata la fotocopia di un documento d'identità in corso di validità del candidato (non necessaria esclusivamente se la domanda è firmata con firma digitale o qualificata intestata al candidato).

**L'inosservanza di quanto specificato comporta l'esclusione della domanda.**

**N.B: L'autocertificazione e la dichiarazione sostitutiva di notorietà sono esenti da bollo e vanno corredata da copia fotostatica del documento di identità, pena esclusione.**

**AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA**  
**(dichiarazione sostitutiva di atto notorio) (art.47**  
**D.P.R. 445/2000, novellato dalla L. 189/2012)**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di \_\_\_\_\_ ai sensi e  
agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni  
non veritiere e falsità in atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/2000.

**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 a ciclo di scelta 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 assistenza primaria ad attività oraria (ex guardia medica), 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 \_\_\_\_\_

21) essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale come previsto dai decreti legislativi 256/91, 368/99 e 277/2003 conseguito il \_\_\_\_\_

Presso la Regione \_\_\_\_\_ triennio \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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"

**La sottoscrizione non va autenticata ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445/2000 Per rendere valida la dichiarazione sostitutiva è sufficiente allegare la fotocopia del documento di identità.**