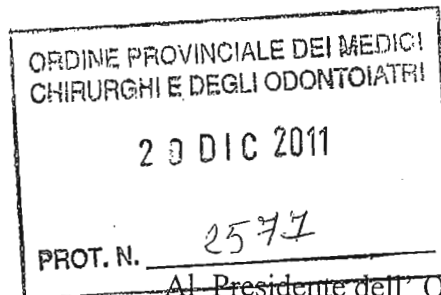




REGIONE CALABRIA
Giunta Regionale
Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie
Settore Assistenza Territoriale
Servizio Attività Territoriali e Promozione della Salute

Referenti per quanto comunicato:
Vanda Leone tel 0961/856549 fax 0961/856548
Caterina Tavano tel 0961/856550 fax 0961/856548

Catanzaro, 19 DIC. 2011
Prot. n. 213855/SIAR



Al Presidente dell' Ordine Provinciale
dei Medici Chirurghi della Regione Calal
CATANZARO

Oggetto: Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 29 luglio 2009. Domanda di primo inserimento e domanda annuale di integrazione titoli per le graduatorie regionali di settore della medicina generale valide per l'anno 2013.

Come per gli anni precedenti, si forniscono alcune indicazioni circa le modalità di presentazione e di compilazione delle domande per l'inserimento nelle graduatorie di settore dei medici da incaricare per l'espletamento delle attività di assistenza primaria, continuità assistenziale ed emergenza territoriale valevoli per l'anno 2013 per evitare, quanto più possibile, i contenziosi che ritardano notevolmente la definizione delle graduatorie.

Ai fini dell'inclusione nella relativa graduatoria annuale di settore, dunque, i medici da incaricare per l'espletamento delle attività di assistenza primaria, continuità assistenziale ed emergenza territoriale, devono presentare o inviare con plico raccomandato entro il termine del 31 gennaio di ogni anno al competente Dipartimento della Regione Calabria, una domanda corredata dalla documentazione atta a provare il possesso dei requisiti e dei titoli dichiarati o dall'autocertificazione e/o dalla dichiarazione sostitutiva ai sensi della normativa vigente.

In sede di Accordo Collettivo Integrativo Regionale, definito in attuazione dell' A.C.N. si è stabilito che la Regione Calabria proceda alla formulazione di distinte graduatorie per ciascuno dei seguenti settori:

- A. Assistenza Primaria
- B. Continuità Assistenziale
- C. Emergenza Sanitaria Territoriale.

Ai fini dell'espletamento delle attività relative ai sopra specificati settori, i medici da incaricare saranno tratti dalle suddette graduatorie, predisposte annualmente a cura di questo Dipartimento sulla base dei titoli presentati ed in relazione a quanto previsto nell'art.16 del citato A.C.N.

La domanda per l'inserimento nelle singole graduatorie deve essere presentata una sola volta ed è valida fino a revoca da parte del medico, mentre annualmente vengono presentate domande integrative dei titoli aggiuntivi rispetto a quelli precedentemente allegati.

La domanda è unica ed in essa va indicata la richiesta di inclusione da parte del medico in una o più graduatorie di settore (**contrassegnando uno o più dei settori di attività**).

Si raccomanda di richiamare la particolare attenzione dei medici nell'indicare il/i settore/i di attività per il/i quale/i si intende essere inseriti in graduatoria, precisando che i medici già titolari di

Catanzaro. Via Edmondo Buccarelli. 30

incarico a tempo indeterminato per una o più delle attività di cui all'A.C.N., non possono fare domanda di inserimento nelle relative graduatorie, pertanto possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento (Art. 15, comma 11, A.C.N.) .

E' cancellato dalla graduatoria regionale di settore valida per l'anno in corso, il medico che abbia accettato l'incarico ai sensi dell'art. 35 comma 1 del più volte citato A.C.N.

I medici che aspirano all'iscrizione nelle singole graduatorie di settore **valevoli per l'anno 2013**, devono possedere i seguenti requisiti alla data del termine per la presentazione delle domande **(31 gennaio 2012)**:

- Iscrizione all'Albo Professionale;
- Essere in possesso dell'attestato di formazione in Medicina Generale o titolo equipollente, come previsto dai decreti legislativi 8 agosto 1991, n.368 e 8 luglio 2003 n.277.
- Coloro che intendono essere inseriti nel settore Emergenza Sanitaria Territoriale devono altresì, essere in possesso dell'attestato d'idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, così come previsto dall'art. 96 dell'A.C.N.

Ai fini della determinazione del punteggio valido per la/e graduatoria/e dovranno essere specificati dettagliatamente i periodi di attività (anno, mese ed ore effettive di servizio svolto).

In definitiva per l'inclusione nelle relative graduatorie regionali di settore da valere per l'anno 2013, i medici devono **entro e non oltre il 31 gennaio 2012**, presentare direttamente al protocollo dell'Ente o inviare con plico raccomandato, alla Regione Calabria – Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie – Via Edmondo Buccarelli, 30 88100 Catanzaro -, una domanda unica conforme allo schema allegato (**allegato A**), corredata dall'autocertificazione e dichiarazione sostitutiva ai sensi della normativa vigente.

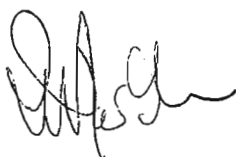
I medici che siano già iscritti nella graduatoria/e dell'/degli anno/i precedenti devono presentare entro lo stesso termine, la domanda annuale di integrazione titoli (**allegato A1**), l'autocertificazione dell'iscrizione all'albo professionale e la documentazione probatoria degli ulteriori titoli acquisiti nel corso dell'ultimo anno, nonché eventuali titoli non presentati per la/le precedente/i graduatoria/e.

Saranno valutati esclusivamente i titoli accademici e di servizio posseduti **alla data del 31 dicembre 2011**.

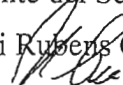
La domanda deve essere in regola con le norme di legge in materia di imposta di bollo, tempo per tempo vigenti (parere Agenzia delle Entrate prot.n. 954-19608/2010 del 18 febbraio 2010).

Al fine di snellire le procedure di controllo da parte dell'ufficio sulle veridicità di quanto dichiarato nelle autocertificazioni o nelle dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà, il medico può presentare una copia fotostatica anche non autenticata ed in carta semplice, dei relativi certificati di servizio ed attestati posseduti.

Con preghiera di curare la massima diffusione della presente circolare inviandone copia anche alle altre sedi provinciali, si ringrazia per la collaborazione e si porgono distinti saluti.



Il Dirigente del Settore
(Dr. Luigi Rubens Curia)



DOMANDA ANNUALE DI INTEGRAZIONE TITOLI PER LE GRADUATORIE allegato A1
REGIONALI DI SETTORE DELLA MEDICINA GENERALE
VALIDE PER L'ANNO 2013

RACCOMANDATA
IMPOSTA DI BOLLO

REGIONE CALABRIA
DIPARTIMENTO TUTELA DELLA SALUTE
SERVIZIO ATTIVITA' TERRITORIALI
VIA BUCCARELLI N.30
88100 CATANZARO

_____ sottoscritt _____ Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ M__ F__ Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Comune di residenza _____ prov. _____ indirizzo _____

n. _____ CAP _____ tel. _____

Azienda Sanitaria /Provinciale di _____ Residenza _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale ex art.8 del D.L.vo 30.12.92, n.502, e successive modificazioni, nella graduatoria regionale per la medicina generale, a valere per l'anno 2013, relativa all'attività di settore di (vedi nota-1) ;

- a) Assistenza Primaria;
- b) Continuità Assistenziale;
- c) Emergenza Sanitaria Territoriale; (solo se in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale).

A tal fine acclude alla presente la seguente documentazione e dichiara:

- a) Autocertificazione di iscrizione all'ordine dei Medici della provincia di _____;
- b) **allegare l'attestato d'idoneità (o copia autentica) all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale nel caso in cui mai trasmesso;**
- c) N. _____ documenti relativi ai titoli in suo possesso – valutabili ai fini della graduatoria predetta – e specificati nel prospetto interno;

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso (solo se diversa alla precedente domanda);

c/o _____ Comune _____ prov. _____ indirizzo _____

_____ n. CAP _____

Data _____ firma per esteso _____

Avvertenze importanti.

1) I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato per una o più delle attività di cui al presente accordo non possono fare domanda di inserimento nella relativa graduatoria di settore (titolare di incarico) e, pertanto possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento - art.15, comma 10 dell'A.C.N.29 luglio 2009 - .

2) I documenti comprovanti il possesso dei titoli dichiarati devono essere in regola con le norme sull'imposta di bollo e le disposizioni di legge vigenti. Ai fini delle attribuzioni del relativo punteggio, la documentazione allegata deve essere tale da poterne consentire la valutazione e non si terrà conto di quella della quale non è possibile dedurre i dati di valutazione o di quella mancante rispetto a quanto dichiarato dal medico.

TITOLI ED ATTIVITÀ SVOLTA

	PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO	
<i>I Titoli accademici o di studio</i>		
Specializzazione o libera docenza in medicina generale o disciplina equipollente ai sensi del D.M. 10.3.83 tab.B specializzazione in _____ specializzazione in _____	Totale n. X 2,00 = p.	
Specializzazione o libera docenza nelle discipline affini alla medicina generale, ai sensi del D.M. 10.3.83 tab.B specializzazione in _____ specializzazione in _____	Totale n. x 0,50 = p.	
Attestato di formazione in medicina generale di cui all'art. 1, comma 2 o all'art. 2, comma 2, del D.L.vo n. 256/91 e alla Legge 277/2003 (punti 7,20) dal _____ al _____	= punti	
<i>II Titoli di servizio</i>	Punteggi Stessa Regione	Punteggi Altra Regione
Attività di assistenza primaria convenzionata, a tempo indeterminato, determinato, o svolta in qualità di associato dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	Totale Mesi X 0,30. p. _____	Totale Mesi X 0,20. p. _____
Attività di sostituzione del medico di assistenza primaria convenzionato (solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi): dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	Totale Mesi X 0,20. p. _____	
Stessa attività di cui al punto precedente dovuta ad attività sindacale e sostituzioni d'ufficio anche se di durata inferiore a 5 gg. (3). Le sostituzioni effettuate su base oraria ai sensi dell'art. 23 sono valutate con gli stessi criteri di cui al Titolo II, lett. c) dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	Totale Mesi X 0,20. p. _____	
Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione di continuità assistenziale (per mese, ragguagliato a 96 ore di attività) U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____	Totale Mesi X 0,20. p. _____	

	PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO	
Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o di sostituzione nella medicina dei servizi (per mese, ragguagliato a 96 ore di attività) U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____	Totale Mesi X 0,20.	p. _____
Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione nella emergenza sanitaria territoriale U.S.L. _____ dal _____ al _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____	Totale Mesi X 0,20.	p. _____
Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate: per ogni mese di attività corrispondente a 52 ore: U.S.L. _____ dal _____ al _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____	(*) Totale Mesi X 0,10.	p. _____
Attività programmata nei servizi territoriali di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale in forma di reperibilità ai sensi del presente accordo (per mese, ragguagliato a 96 ore di attività) U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____	(*) Totale Mesi X 0,05.	p. _____
Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende: (per mese) U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____	(*) Totale Mesi X 0,20.	p. _____
Servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina, anche in qualità di ufficiale medico di complemento (per mese per un massimo di 12 mesi) dal _____ al _____	(*) Totale Mesi X 0,10.	p. _____
Servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina, anche in qualità di ufficiale medico di complemento, ed in concomitanza di incarico, anche provvisorio, di medicina generale e limitatamente al periodo di concomitanza. (per mese) dal _____ al _____	(*) Totale Mesi X 0,20.	p. _____

		PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO	
servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto dopo la laurea in medicina e chirurgia: (per mese per un massimo di 12 mesi) dal _____ al _____	(*) Totale Mesi X 0,10. p. _____		
servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto in concomitanza di incarico ai sensi del presente Accordo: (per mese per un massimo di 12 mesi) dal _____ al _____	(*) Totale Mesi X 0,20. p. _____		
Attività di medico pediatra di libera scelta, anche in forma di sostituzione, se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi (per mese di attività). dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	Totale Mesi X 0,10. p. _____		
Attività come medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna, e medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici, medico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato con il Ministero della Sanità per il servizio di assistenza ai naviganti. (0,05 punti per mese di attività) dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	(*) Totale Mesi X 0,05. p. _____		
Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria nelle carceri, sia a tempo indeterminato che di sostituzione, e di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo per ogni mese di attività: dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	(*) Totale Mesi X 0,20. p. _____		
Servizio prestato presso aziende termali, (Legge 24 ottobre 2000 n. 323 art.8), equiparato all'attività di continuità assistenziale, per ogni mese complessivo di attività: dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	(*) Totale Mesi X 0,20. p. _____		
Servizio effettivo di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale, di emergenza territoriale, svolto in paesi dell'Unione Europea, ai sensi della legge 9 febbraio 1979 n.38, della legge 10 luglio 1960 n.735 e successive modificazioni e del decreto ministeriale 1° settembre 1988 n.430: per ciascun mese complessivo dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	(*) Totale Mesi X 0,20. p. _____		
_____ firma del medico	Totale punteggio complessivo		

(*) Punteggio per attività prestate indipendentemente dalla regione di appartenenza

N.B.: Le sostituzioni sono valutabili solo se effettuate a medico di medicina generale con più di 100 utenti, e a medico pediatra con almeno 70 utenti. Tali indicazioni devono essere espressamente dichiarate nel certificato rilasciato dall'Ente interessato.

AVVERTENZE IMPORTANTI

Il candidato è tenuto a dichiarare se frequenta un corso di specializzazione o il corso di formazione per medici di medicina generale e ad indicare la data d'inizio della frequenza. Tale dichiarazione è indispensabile per la corretta attribuzione del punteggio, non essendo valutabili le attività di servizio svolte durante la frequenza di corsi formativi. (ACN art.26, comma4).

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. 4, legge 4 gennaio 1968, n° 15 dichiara formalmente di:

- essere 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 (1).

Soggetto _____ ore
settimanali _____

Via _____ Comune di _____ Tipo di rapporto
di _____

lavoro _____ Periodo: dal _____

- non essere 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 (1).

-
- essere 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 _____

- non essere titolare di incarico come medico di assistenza primaria

-
- essere titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta scelta ai sensi del relativo Accordo
Collettivo

Nazionale con massimale di n° _____ scelte Periodo dal _____

- non essere titolare di incarico come medico pediatra di libera

-
- essere titolare di incarico come specialista ambulatoriale convenzionato interno

- a tempo indeterminato

- tempo o a tempo determinato: (1)

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

non essere titolare di incarico a o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno

essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (1)

Provincia _____ branca _____ Periodo: dal _____

non essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni

avere un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n.502/92:

Azienda _____ Via _____

Tipo di attività _____ Periodo: dal _____

non avere apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n.502/92:

essere titolare di incarico nella continuità assistenziale

a tempo indeterminato

a tempo determinato

nella Regione

altra regione (1): Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____

in forma attiva

in forma di disponibilità

non essere titolare di incarico nella continuità assistenziale

essere titolare di incarico nella emergenza sanitaria territoriale

a tempo indeterminato

a tempo determinato

nella Regione

altra regione (1): Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____ in

in forma attiva

- in forma di disponibilità
- non essere titolare di incarico nella emergenza sanitaria territoriale
-

- essere iscritto 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 _____

- non essere iscritto 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:
-

- operare 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.

Organismo _____ ore sett. _____ Via _____ Comune
di _____

Tipo di attività _____ Tipo di rapporto di lavoro Periodo: dal

- non operare 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.
-

- operare qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:

Organismo _____ ore sett. _____ Via _____

Comune di _____ Tipo di attività _____ Tipo di
rapporto _____

di lavoro _____ Periodo: dal _____

- non operare qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:
-

- svolgere funzioni di medico di fabbrica (1) o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:

Azienda _____ ore sett. _____ Via _____
Comune _____

di _____ Periodo: dal _____

- non svolgere funzioni di medico di fabbrica (1) o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:
-

svolgere per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (1) Azienda _____ Comune di _____ Periodo: dal _____

non svolgere per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte.

avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (1) _____ Periodo: dal _____

non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:

essere 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:

non essere 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.

fruire 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 _____

non fruire 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.

svolgere 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 _____

non svolgere 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)

essere titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato: (1)

Azienda _____ Via _____ Tipo di attività _____
_____ Periodo: dal _____

non essere titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato:

svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti) _____

non svolgere 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) _____

operare 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 _____

non operare 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):

essere titolare di trattamento di pensione. : (1) _____ Periodo: dal _____

non essere titolare di trattamento di pensione.

fruire di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto

precedente : (1) soggetto erogante il trattamento pensionistico _____

Pensionato dal _____

NOTE: _____

non fruire di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto precedente :

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

Data _____

Firma _____

(1) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE"