

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI ASSISTENZA PRIMARIA
(PER TRASFERIMENTO)**

RACCOMANDATA

All’Azienda Sanitaria Provinciale di _____

____sottoscritt____ Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ M____ F____ Codice Fiscale

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

Residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____

CAP _____ tel. _____ e-mail _____ a far data dal _____

_____ e residente nel territorio della Regione _____ dal _____, titolare di incarico a tempo indeterminato per l’assistenza primaria presso l’Azienda Sanitaria Provinciale di _____, per l’ambito territoriale di _____ della Regione _____, dal _____ e con anzianità complessiva di Assistenza Primaria pari a mesi _____,

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall’articolo 34, comma 2, lettera a) dell’Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale, per l’assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l’assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione _____ n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito		ASP		Ambito		ASP	
Ambito		ASP		Ambito		ASP	
Ambito		ASP		Ambito		ASP	
Ambito		ASP		Ambito		ASP	
Ambito		ASP		Ambito		ASP	
Ambito		ASP		Ambito		ASP	
Ambito		ASP		Ambito		ASP	

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva (allegato schema L) atta a comprovare il diritto a concorrere all’assegnazione dell’incarico ai sensi dell’articolo 34, comma 2, lettera a) dell’Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale e l’anzianità complessiva di incarico in assistenza primaria: allegati n. _____ (_____) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- o La propria residenza
- o Il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ prov _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ firma per esteso _____

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 di cui agli artt.46 e 47 del T.U. in materia di documentazione amministrativa (D.P.R.28 dicembre 2000, n.445 e s.m.i.) dichiara formalmente di:

1. 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 .

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.

-
2. 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

-
3. essere titolare di incarico come medico pediatra di libera 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

-
4. essere titolare di incarico come specialista ambulatoriale convenzionato interno: (*)

- a tempo indeterminato

- tempo o a tempo determinato:

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

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

-
5. essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (*)

Provincia _____ branca _____ Periodo: dal _____

- non essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni

6. 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:

7. essere titolare di incarico nella continuità assistenziale

a tempo indeterminato

a tempo determinato

nella Regione

altra regione: 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 : Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____ in

in forma attiva

in forma di disponibilità

non essere titolare di incarico nella emergenza sanitaria territoriale

8. 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:

9. 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.

10. 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:

11. svolgere funzioni di medico di fabbrica (*) 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:

12. svolgere per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (*)

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.

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

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

14. 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.

15. 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.

16. 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)

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

Azienda _____ Via _____ Tipo di attività _____

Periodo: dal _____

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

18. 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):

19. essere titolare di trattamento di pensione. : _____ Periodo: dal _____

non essere titolare di trattamento di pensione.

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

precedente : 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 :

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

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero. (copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore).

In fede

Data _____

Firma _____