

**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:

- La propria residenza
- 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 \_\_\_\_\_