

Burc n. 57 del 16 Maggio 2016
**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI
NELLE ZONE CARENTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA**

PER TRASFERIMENTO

Art.33, co.2 lett. A) per la disciplina dei rapporti dei medici pediatri di libera scelta, esecutivo con intesa Stato Regioni in data 29.07.2009.

**AL DIRETTORE GENERALE
DELL'AZIENDA SANITARIA
PROVINCIALE DI**

___ SOTTOSCRITT _____ NAT ___A_____ RESIDENTE
A _____ PROV _____ VIA _____ N _____ CAP. _____ N.TEL _____ e-
rmail _____

CODICE FISCALE

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

TITOLARE DI INCARICO A TEMPO INDETERMINATO PER LA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA.

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'art.33, co.2, a), dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, reso esecutivo con intesa tra Stato-Regioni in data 29.07.2009 , per l'assegnazione degli incarichi nelle seguenti zone carenti pediatriche pubblicate nel B.U.R. della Regione Calabria n. _____ del _____:

- DISTRETTO/AMBITO/COMUNE/ _____;
- DISTRETTO/AMBITO/COMUNE/ _____;
- DISTRETTO/AMBITO/COMUNE/ _____;

A tal fine consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art.76 del DPR del 28/12/2000, n.445, per comprovare l'anzianità complessiva di incarico di pediatria di libera scelta

DICHIARA

Ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà)

Di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta ed iscritto nell'elenco dei medici pediatri dell'Azienda Sanitaria _____ di per l'ambito territoriale (distretto) di _____ Comune _____ della Regione _____ dal (g/m/a) _____ e con anzianità complessiva part a mesi _____

Di essere in possesso dei seguenti titoli di servizio;

di non aver presentato domanda in altre Aziende Sanitarie

di aver presentato domanda nelle seguenti Aziende Sanitarie

- _____
- _____
- _____

Conferma che le notizie sopra riportate corrispondano al vero.

La presentazione dell'atto sostitutivo di notorietà per l'accertamento di eventuali posizioni di incompatibilità (allegato I all'ACN dei medici pediatri di libera scelta, esecutivo con intesa Stato Regioni in data 29.07.2009 ,) è rinviato al momento dell'eventuale conferimento incarico.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo (se diverso dalla residenza): _____

DATA:.....

FIRMA _____

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 _____

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 ^{Burc n. 57 del 16 Maggio 2016} _____

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 partecipante 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 partecipante 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 _____