

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DI INCARICHI
NELLE ZONE CARENTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA**

PER GRADUATORIA

**Art.33, comma 2 lett. b) 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 _____IL_____

RESIDENTEA_____PROV_____VIA_____

N_____CAP._____N.TEL_____e-mail_____

CODICE FISCALE

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

**Già inserito nella graduatoria unica regionale di cui all'art.15 dell'ACN dei medici pediatri di libera
scelta, reso esecutivo con intesa tra Stato-Regioni in data 29.07.2009 valevole per l'anno in corso.**

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art.33, comma 2, lettera b), 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/_____;

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
rinvio al momento dell'eventuale conferimento incarico.

Per l'attribuzione del punteggio relativo alla residenza, allega alla presente certificato storico di residenza o
autocertificazione e dichiarazione sostitutiva da cui si evince:

- ✓ Data inizio della residenza nella regione Calabria senza soluzione di continuità;

- ✓ Data inizio della residenza, senza soluzione di continuità, in un Comune compreso nell'ambito territoriale per il quale il candidato concorre.

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

DATA:..... **FIRMA**_____

- 1- La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia accompagnata da copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore.
- 2 - La sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione.

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 _____