

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI
CONTINUITÀ ASSISTENZIALE
(per trasferimento)**

Marca
da bollo
€ 14,62

All'Assessorato regionale della salute
Dipartimento pianificazione strategica
Servizio 2° - Personale convenzionato SSR
Piazza Ottavio Ziino n. 24
90145 PALERMO

Il sottoscritto dott. nato a
il residente a c.a.p.
via tel. cell.
titolare di incarico a tempo indeterminato continuità assistenziale presso l'Azienda sanitaria n. di
....., della Regione, laureato il
con voto

Fa domanda di trasferimento

secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 2, lett. a), dell'accordo collettivo nazionale dei medici di
medicina generale 23 marzo 2005, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale,
pubblicati nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana n. del
individuati all'1 marzo 2010, presso le sotto indicate AA.SS.PP.:

ASP n. di; ASP n. di;
ASP n. di; ASP n. di;
ASP n. di; ASP n. di

Acclude

- documentazione o dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il possesso dei requisiti per concorrere al
trasferimento e l'anzianità di incarico (allegato A1);
- dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato C);
- copia fotostatica di un documento di identità.

Data

Firma

.....

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto dott. nato a
il, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, recante il testo unico
delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa,

dichiara:

a) di essere titolare di incarico di continuità assistenziale presso l'Azienda sanitaria n. di
..... dal

b) di vantare un'anzianità complessiva di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale pari a
mesi, e precisamente:

dal al presso l'Azienda sanitaria provinciale n.
di della Regione

dal al presso l'Azienda sanitaria provinciale n.
di della Regione

dal al presso l'Azienda sanitaria provinciale n.
di della Regione

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Data

Firma(2)

.....

(1) Ai sensi dell'art. 76, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000, "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia".

(2) Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000, la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI
CONTINUITÀ ASSISTENZIALE**
(per graduatoria)

Marca da bollo € 14,62

All'Assessorato regionale della salute
Dipartimento pianificazione strategica
Servizio 2° - Personale convenzionato SSR
Piazza Ottavio Ziino n. 24
90145 PALERMO

Il sottoscritto dott. nato a
il residente a c.a.p.
via tel. cell.
inserito nella graduatoria di settore per la continuità assistenziale della Regione siciliana valida per l'anno
2010 con punti laureato il con voto

Fa domanda

secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 2, lett. b), dell'accordo collettivo nazionale dei medici di
medicina generale 23 marzo 2005, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale
pubblicati nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana n. del
individuati all'1 marzo 2010, presso le sotto indicate AA.SS.PP.

ASP n. di; ASP n. di;
ASP n. di; ASP n. di

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto all'art. 16 commi 7 e 9, A.C.N. 23 marzo 2005, di poter
accedere alla riserva di assegnazione come appresso indicato:

- riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al decreto
legislativo n. 256/91 e delle corrispondenti norme dei decreti legislativi n. 368/99 e n. 277/03;
- riserva per i medici in possesso del titolo equipollente.

Acclude

- certificato storico di residenza o autocertificazione di residenza storica (allegato B1);
- attestato di formazione in medicina generale (solo per coloro che abbiano conseguito l'attestato dopo la
scadenza del termine di presentazione della domanda di inserimento nella graduatoria regionale valida
per il 2010 (31 gennaio 2009);
- dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato C);
- copia fotostatica di un documento di identità.

Data

Firma

.....

AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto dott. nato a
il, inserito nella graduatoria di settore per la continuità assistenziale della Regione
siciliana valida per l'anno 2010 con punti ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del
28 dicembre 2000, recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di
documentazione amministrativa,

dichiara

- a) di essere residente nel territorio della Regione siciliana dal
- b) di essere residente nell'ambito dell'A.S.P. n. di dal
.....;

dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Data

Firma

.....

(1) Ai sensi dell'art. 76, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000, "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia".

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto dott. nato a
 il, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, recante il testo unico
 delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa,

dichiara:

- 1) essere/non essere titolare di incarico di continuità assistenziale presso la Regione
 azienda n. di presidio
 ore settimanali n.;
- 2) essere/non essere titolare di incarico come medico di assistenza primaria presso l'Azienda n.
 di ambito territoriale di n.
 scelte
- 3) essere/non essere titolare di incarico come medico specialista pediatra di libera scelta presso l'Azienda n.
 di ambito territoriale di n. scelte
- 4) essere/non essere titolare di incarico a tempo determinato o indeterminato di emergenza sanitaria
 territoriale nella Regione Azienda ore sett.

- 5) essere/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:
 Soggetto ore settimanali
 via comune
 tipo di rapporto di lavoro dal
- 6) essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista
 ambulatoriale convenzionato interno:
 Azienda branca
 ore sett.
 Azienda branca
 ore sett.;
- 7) essere/non essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti accreditati esterni o di avere/non avere un
 apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, decreto legislativo n. 502/92:
 Provincia Azienda
 branca dal
- 8) essere / non essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al decreto
 legislativo n. 256/91 o a corsi di specializzazione di cui al decreto legislativo n. 257/91 e corrispondenti
 norme del decreto legislativo n. 368/99:
 Denominazione del corso
 Soggetto che lo svolge inizio dal
- 9) operare/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 decreto
 legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:
 Organismo ore sett. comune
 Tipo di attività tipo di lavoro dal
- 10) operare/non operare a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o
 non accreditate soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 48 della legge n. 833/78:
 Organismo ore sett. comune
 Tipo di attività tipo di rapporto di lavoro
 dal

11) svolgere/non svolgere funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della legge n. 626/93:

Azienda ore sett. dal

12) svolgere/non svolgere per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito del quale può acquisire scelte:

Azienda comune

dal

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

..... dal

14) essere/non essere titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possano configurare un conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il servizio sanitario nazionale:

..... dal

15) fruire/non fruire del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14 ottobre 1976 del Ministero del lavoro e della previdenza sociale:

dal

16) svolgere/non svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate:

Tipo di attività dal

17) essere/non essere titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate:

Azienda tipo di attività

ore sett. dal

18) operare/non operare a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico oltre alle ipotesi sopra evidenziate, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata:

Soggetto pubblico

Via Comune

Tipo di rapporto di lavoro

Tipo di attività dal

19) essere/non essere titolare di trattamento di pensione:

..... dal

20) fruire/non fruire di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al precedente punto 15):

Soggetto erogante il trattamento pensionistico

dal

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Data

Firma(2)

.....

(1) Ai sensi dell'art. 76, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000, "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia".

(2) Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000, la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.