

**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.