

**DOMANDA DI REISCRIZIONE NEGLI ELENCHI DEI MEDICI CONVENZIONATI
PER L'ASSISTENZA PRIMARIA
(ex art. 1 c. 16 D.L. n. 324/93 convertito nella L. n. 423/93)**

Marca da bollo
€ 14,62

All'Assessorato regionale della salute
Dipartimento regionale per la
pianificazione strategica
Servizio 2°
P.zza O. Ziino n. 24
90145 PALERMO

Il sottoscritto Dott.
nato a il
residente a CAP Via
tel. cell. in servizio presso

CHIEDE

secondo quanto previsto dall'art. 39 comma 8 dell'accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale 23/03/05, come rinnovato in data 29/07/09, di essere reinscritto negli elenchi deimedicis convenzionati per l'assistenza primaria nell'ambito territoriale di dell'A.S.P. n. di, individuato quale ambito carente alla data dell'1 settembre 2011, nel quale era convenzionato per l'assistenza primaria fino alla data del, data in cui ha esercitato l'opzione ai sensi dell'art. 4 comma 7 della L. n. 412/91.

ACCLUDE

- Documentazione o dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il possesso dei requisiti di cui all'art. 4 comma 7 L. n. 412/91;
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. "D");
- 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 28/12/00 recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

dichiaro:

- a) di essere/essere stato in servizio, in qualità di
presso l'Azienda sanitaria di
dal al
- b) di aver optato, ai sensi dell'art. 4 comma 7 L. n. 412/91, per il rapporto di lavoro dipendente con la conseguente cancellazione dagli elenchi regionali della medicina convenzionata;
- c) che, al momento dell'opzione di cui all'art. 4 comma 7 della L. n. 412/91, era titolare di incarico a tempo indeterminato di medicina generale (assistenza primaria), nell'ambito territoriale di prov. dal
- d) di aver svolto attività di medico di assistenza primaria convenzionato con il servizio sanitario nazionale, compresa l'attività di medico generico ex enti mutualistici (ENPAS, INAM, ENPDEP, INADEL, Cassa marittima , Artigianato.....) dal al

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. 445/00 "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. 445/00 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 AMBITI TERRITORIALI
CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA
(PER TRASFERIMENTO)**

Marca da bollo
€ 14,62

All'Assessorato regionale della salute
Dipartimento regionale per la
pianificazione strategica
Servizio 2°
P.zza O. Ziino n. 24
90145 PALERMO

Il sottoscritto Dott.
nato a il
residente a CAP Via
tel. cell. titolare di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria presso l'A.
S. P. n. di, per l'ambito territoriale di della
Regione

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 34 comma 2 lett.a) dell'accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale 23/03/05, come rinnovo in data 29/07/09, per l'assegnazione di uno dei seguenti ambiti territoriali carenti di assistenza primaria individuati all'1 settembre 2011, pubblicati nella G.U.R.S n. del

Ambito ASP Ambito ASP
Ambito ASP Ambito ASP
Ambito ASP Ambito ASP
Ambito ASP Ambito ASP
Ambito ASP Ambito ASP

ACCLUDE

- Documentazione o dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il possesso dei requisiti per concorrere al trasferimento e l'anzianità di incarico (all. "B1");
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. "D");
- 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 28/12/00 recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

d i c h i a r a :

- a) di essere titolare di incarico di assistenza primaria presso l'A.S.P. n. di
ambito territoriale di dal
- b) di vantare un'anzianità complessiva di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria nell'ambito della Regione Sicilia pari a mesi.....(1), e precisamente:
dal al presso;
dal al presso;
dal al presso

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (2)

Data

Firma (3)

(1) nel computo dell'anzianità complessiva vanno detratti gli eventuali periodi di cessazione dall'incarico.

(2) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. n. 445/00 "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".

(3) ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/00 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 AMBITI TERRITORIALI
CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA
(PER GRADUATORIA)**

Marca da bollo
€ 14,62

All'Assessorato regionale della salute
Dipartimento regionale per la
pianificazione strategica
Servizio 2°
P.zza O. Ziino n. 24
90145 PALERMO

Il sottoscritto Dott.
nato a il
residente a CAP Via
tel. cell. inserito nella graduatoria di settore per l'assistenza primaria della Regione
siciliana valida per l'anno 2011 con punti

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 34 comma 2 lett. b) dell'accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale 23/03/05, come rin-
novato in data 29/07/09, per l'assegnazione di uno dei seguenti ambiti territoriali carenti di assistenza primaria individuati all'1 settembre
2011, pubblicati nella G.U.R.S n. del

Ambito ASP Ambito ASP
Ambito ASP Ambito ASP
Ambito ASP Ambito ASP
Ambito ASP Ambito ASP

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto all'art. 16 commi 7 e 9, A.C.N. 29/07/09 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 D.L.vo n. 256/91 e delle corrispondenti
norme dei decreti legislativi nn. 368/99 e 277/03;
- riserva per i medici in possesso del titolo equipollente.

ACCLUDE

- Certificato storico di residenza o autocertificazione di residenza storica (all."C1");
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. "D");
- Attestato di formazione in medicina generale (per coloro che l'hanno conseguito dopo il 31 gennaio 2010);
- Copia fotostatica di un documento di identità.

Data

Firma

AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto Dott.
nato a il

inserito nella graduatoria regionale di settore per l'assistenza primaria della Regione siciliana valida per l'anno 2011 con punti

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28/12/00 recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

d i c h i a r a

a) di essere residente nel territorio della Regione Sicilia dal

b) di essere residente presso il comune 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. 445/00 "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 28/12/00 recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

d i c h i a r a

- 1) essere / non essere titolare di incarico di assistenza primaria presso l'A.S.P. n. di
ambito territoriale di
- 2) 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
- 3) essere / non essere titolare di incarico come medico specialista pediatra di libera scelta presso l'A.S.P. n. di
ambito territoriale di
- 4) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:
Azienda branca ore sett.
- 5) essere / non essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti accreditati esterni:
Provincia branca dal
- 6) essere / non essere titolare di incarico a tempo determinato o indeterminato di continuità assistenziale o emergenza sanitaria territoriale nella Regione Azienda ore sett.;
- 7) essere / non essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 o a corsi di specializzazione di cui al D.L.vo n. 257/91 e corrispondenti norme del D.L.vo n. 368/99:
Denominazione del corso
Soggetto che lo svolge inizio dal
- 8) 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 -quinqies del D.L.vo n.502/92 e successive modificazioni:
Organismo ore sett. Comune
Tipo di attività Tipo di lavoro dal
- 9) operare - non operare a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 48 della L. n. 833/78:
Organismo ore sett. Comune
Tipo di attività Tipo di rapporto di lavoro dal

- 10) svolgere – non svolgere funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della L. n. 626/93:
 Azienda ore sett. dal
- 11) svolgere – non svolgere per conto dell'INPS o dell'azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito del quale può acquisire scelte:
 Azienda Comune dal
- 12) avere – non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:
 dal
- 13) 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
- 14) fruire / non fruire del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14/10/76 del Ministero del lavoro e della previdenza sociale:
 dal
- 15) svolgere / non svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate:
 tipo di attività dal
- 16) essere / non essere titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate
 Azienda tipo di attività ore sett. dal
- 17) 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
- 18) essere / non essere titolare di trattamento di pensione:
 dal
- 19) fruire / non fruire del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita:
 soggetto erogatore dell'adeguamento 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. 445/00 "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. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.