

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI
DI CONTINUITA' 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 CAP Via
tel. cell. titolare di incarico a tempo indeterminato di 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 23/03/05, come rin-
novato in data 29/07/09, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale, pubblicati nella G.U.R.S n. del
..... individuati all'1 settembre 2011, e segnatamente per i seguenti incarichi:

Presidio ASP; Presidio ASP;
Presidio ASP; Presidio ASP;
Presidio ASP; Presidio ASP;
Presidio ASP; Presidio ASP

ACCLUDE

- Documentazione o dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il possesso dei requisiti per concorrere al trasferimento e l'anzianità di incarico (all. "A1");
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. "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 28/12/00 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 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. 445/00 "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 INCARICHI VACANTI
DI CONTINUITA' 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 CAP Via
tel. cell. inserito nella graduatoria di settore per la continuità assistenziale della
Regione siciliana valida per l'anno 2011 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 23/03/05, come rinnovato in data 29/07/09, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale pubblicati nella G.U.R.S n. del individuati all'1 settembre 2011, e segnatamente per i seguenti incarichi:

Presidio ASP; Presidio ASP;
Presidio ASP; Presidio ASP;
Presidio ASP; Presidio ASP

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto all'art. 16 commi 7 e 9 A.C.N. 23/03/05 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 DD.L.vi 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 (all. "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 2011 (31/01/10));
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. "C");
- Copia fotostatica di un documento di identità.

Data

Firma

AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto dott.

nato a il

inserito nella graduatoria regionale di settore per la continuità assistenziale 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 nell'ambito dell'AS.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. 445/00 "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 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 D.L.vo n. 502/92:
Provincia Azienda
branca dal
- 8) 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
- 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 D.L.vo 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 L. 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 L. 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 14/10/76 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. 445/00 "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.