

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI
DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(PER TRASFERIMENTO)**

Marca da bollo
€ 14,62

All'Azienda Sanitaria Provinciale n.
Via
.....

Il sottoscritto Dott.
nato a il
residente a CAP Via
tel. cell. titolare di incarico a tempo indeterminato di emergenza
sanitaria territoriale presso l'A.S.P. n. di, della
Regione dal e con anzianità complessiva di emergenza sanitaria ter-
ritoriale pari a mesi

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 92 comma 5 lett. a) dell'accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale 23 marzo 2005, per
l'assegnazione di uno dei seguenti incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati all'1 settembre 2011, pubblicati nella
G.U.R.S n. del

Presidio ASP di
Presidio ASP di
Presidio ASP di
Presidio ASP di
Presidio ASP di
Presidio ASP di

ACCLUDE

- Documentazione o dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il possesso dei requisiti per concorrere al trasferimento e l'anzianità complessiva di incarico nell'emergenza sanitaria territoriale (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 dicembre 2000 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 a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale presso l'Azienda sanitaria provinciale n. di della Regione dal

b) di vantare un'anzianità complessiva di servizio effettivo nell'emergenza sanitaria territoriale 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 sospensione dal rapporto convenzionale.
(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 INCARICHI VACANTI
DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(PER GRADUATORIA DI SETTORE 2011)**

Marca da bollo
€ 14,62

All'Azienda Sanitaria Provinciale n.
Via
.....

Il sottoscritto Dott.
nato a il
residente a CAP Via
tel. cell. inserito nella graduatoria regionale di medicina generale della Regione sicilianiana relativa al settore di emergenza sanitaria territoriale valida per l'anno 2011 con punti

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 92 comma 5 lett. a) dell'accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale 23/03/05, per l'assegnazione di uno dei seguenti incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati all'1 settembre 2011, pubblicati nella G.U.R.S n. del

Presidio ASP di
Presidio ASP di
Presidio ASP di
Presidio ASP di
Presidio ASP di

ACCLUDE

- Attestato di idoneità all'esercizio delle attività di emergenza sanitaria territoriale;
- Documentazione comprovante titolarità di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale;
- Certificato storico di residenza;
- Autocertificazione comprovante il possesso dell'attestato di idoneità alle attività di E.S.T., l'eventuale titolarità di incarico a tempo indeterminato di C.A. e la residenza storica (all. "B1");
- 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 medicina generale della Regione siciliana relativa al settore di emergenza sanitaria territoriale valida per l'anno 2011 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

d i c h i a r a :

- a) di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio delle attività di emergenza sanitaria territoriale, conseguito presso in data
- b) di essere titolare a tempo indeterminato di continuità assistenziale presso la Regione
A.S.P. n. di
- c) 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 dicembre 2000 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 emergenza sanitaria territoriale presso la Regione Azienda n. di Postazione
- 2) essere / non essere titolare a tempo determinato di incarico di emergenza sanitaria presso la Regione Azienda n. di Postazione
- 3) essere / non essere titolare di incarico come medico di assistenza primaria presso l'Azienda n. di ambito territoriale di n. scelte
- 4) essere / non essere titolare di incarico come medico specialista pediatra di libera scelta presso l'Azienda n. di ambito territoriale di n. scelte
- 5) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale nella Regione Azienda Presidio ore sett.
- 6) 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
- 7) 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.
- 8) 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
- 9) 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
- 10) 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 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 14/10/76 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.