

**DOMANDA DI REISCRIZIONE**  
**NEGLI ELENCHI DEI MEDICI CONVENZIONATI PER L'ASSISTENZA PRIMARIA**  
(ex art. 1 c. 16 D.L. n. 324/93 convertito nella legge 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 marzo 2005, come rinnovato in data 29 luglio 2009, di essere reinscritto negli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza primaria nell'ambito territoriale di ..... dell'A.S.P. n. .... di ....., individuato quale ambito carente alla data dell'1 settembre 2012, 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 legge n. 412/91.

ACCLUDE

- documentazione o dichiarazione sostitutiva atta a provare il possesso dei requisiti di cui all'art. 4 comma 7 della legge 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 dicembre 2000, recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa,

DICHIARA:

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, legge 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 legge 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, INA- DEL, 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  
 ..... c.a.p. .... 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 marzo 2005, come rinnovato in data 29 luglio 2009, per l'assegnazione di uno dei seguenti ambiti territoriali carenti di assistenza primaria individuati all'1 settembre 2012, pubblicati nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana 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 dicembre 2000 recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

DICHIARA:

- 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 2012 con punti .....

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 34 comma 2 lett. a) dell'accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale 23 marzo 2005, come rinnovato in data 29 luglio 2009, per l'assegnazione di uno dei seguenti ambiti territoriali carenti di assistenza primaria individuati all'1 settembre 2012, pubblicati nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana n. .... del .....

Ambito ..... ASP ..... Ambito ..... ASP .....

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 luglio 2009 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 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 2011);
- 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 2012 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 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 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 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 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 .....
- 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 - quinquies del decreto legislativo 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 legge 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 legge 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 ottobre 1976 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.