

DECRETO 11 dicembre 2020.

Bando incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale accertati all'1 settembre 2020.

IL DIRIGENTE GENERALE
DEL DIPARTIMENTO REGIONALE
PER LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA

- VISTO lo Statuto della Regione Siciliana;
- VISTA la legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale del 23/12/78 n. 833;
- VISTO il D.L.vo 502/92, come modificato ed integrato con il D.L.vo 517/93, e ulteriormente modificato con D.L.vo 229/99;
- VISTO l'Accordo Collettivo Nazionale dei Medici di Medicina Generale del 23/03/05 e s.m.i;
- VISTO l'art. 7 dell' A.C.N. 21/06/2018 che sostituisce l'art. 92 e ristabilisce i criteri per la copertura degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale, come integrato dall'art.11 dell'A.C.N. 18/06/2020;
- VISTO l'art. 92 comma 7, come sostituito dall'A.C.N. 21/06/2018, ai sensi del quale i medici già titolari di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale possono concorrere all'attribuzione degli incarichi vacanti solo per trasferimento;
- VISTO l'art. 92 comma 5, come sostituito dall'A.C.N. 21/06/2018, ai sensi del quale possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale i medici in possesso dell'attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione previsto ai sensi all'art. n. 96 dell'A.C.N.;
- VISTO l'art. 92 comma 6, come sostituito dall'A.C.N. 21/06/2018, ai sensi del quale possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti:
- a) I medici titolari di incarico a tempo indeterminato per l'emergenza sanitaria territoriale in una Azienda della Regione Sicilia o in un'Azienda di altra Regione, a condizione che risultino titolari rispettivamente da almeno un anno e da almeno due anni dell'incarico dal quale provengono. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo si approssimano all'unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento;

COPIA TRATTA
NON VALIDA



- b) I medici inclusi nella graduatoria regionale di medicina generale relativa al settore di emergenza sanitaria territoriale valida per l'anno 2020, in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio delle attività di emergenza sanitaria territoriale, con priorità per:
- b.1) medici già incaricati a tempo indeterminato presso la stessa Azienda nel servizio di Continuità Assistenziale;
 - b.2) medici incaricati a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale nell'ambito della Regione Sicilia, con priorità per quelli residenti nell'ambito dell'Azienda da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell'incarico vacante;
 - b.3) medici inseriti nella graduatoria regionale, con priorità per quelli residenti nell'ambito dell'Azienda da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell'incarico vacante;
- c) i medici, in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio delle attività di emergenza sanitaria territoriale, che abbiano acquisito il titolo formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valida per il 2020, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda.

VISTO il D.A. 23/02/07 pubblicato sulla G.U.R.S. n. 14 del 30/03/2007, con il quale è stato reso esecutivo l'Accordo Regionale di Emergenza Sanitaria Territoriale;

VISTO in particolare l'art. 1 comma 2 del citato Accordo Regionale di Emergenza sanitaria Territoriale ai sensi del quale, "fermo restando quanto previsto dall'art. 92, comma 5, dell'A.C.N. di Medicina Generale 23 marzo 2005, qualora dopo aver esperito le procedure di conferimento degli incarichi a tempo indeterminato di cui alle lettere a) (trasferimenti) e b) (b1, b2, b3 graduatoria di settore), rimangono ancora incarichi disponibili, gli stessi saranno attribuiti a medici, in possesso dei requisiti di cui all'art. 15, comma 2, (attestato di formazione in Medicina Generale o titolo equipollente) dell'A.C.N. 23 marzo 2005, ma non inseriti nella graduatoria regionale di settore, i quali abbiano conseguito l'attestato di idoneità alle attività di emergenza dopo la scadenza del termine di presentazione della domanda di inserimento nella graduatoria regionale di settore";

VISTO l'art. 11 dell'A.C.N. di Medicina Generale 18/06/2020 che, ad integrazione dell'art. 92 comma 6 dell'A.C.N. 23/03/05 aggiunge la lett. d) prevedendo che gli incarichi di Emergenza Sanitaria Territoriale possono essere conferiti anche ai medici che frequentano il corso di formazione specifica di medicina generale nella medesima Regione, secondo le modalità ed i criteri disciplinati nel successivo comma 6 bis;

VISTO il precitato comma 6 bis del medesimo art. 92, ai sensi del quale "*In caso di mancata assegnazione degli incarichi ai medici di cui al comma 6, lettere a), b) e c) possono concorrere al conferimento i medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12.*

COPIA
NO

Successivamente, gli eventuali incarichi rimasti vacanti sono attribuiti ai medici ai sensi dell'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60.

I medici in formazione, in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale di cui all'articolo 96, possono presentare domanda di assegnazione esclusivamente nella stessa Regione presso la quale stanno frequentando il corso di formazione specifica in medicina generale."

VISTO l'art. 11 dell'ACN 18/06/2020 che all'art. 92 comma 11 dell'ACN ha aggiunto il seguente capoverso "I medici di cui al comma 6-bis sono graduati nel rispetto della annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima) a partire dalla data di effettivo inizio del corso, in base alla minore età al conseguimento del diploma di laurea, al voto di laurea ed all'anzianità di laurea."

VISTO il D.A n. 1210 dell'11/12/2020, con il quale è stato approvato il Protocollo di intesa sottoscritto tra l'Assessore Regionale alla Salute e le OO.SS. di categoria FIMMG, SNAMI e SMI e condiviso da INTESA SINDACALE, il quale prevede che il personale medico in possesso del solo attestato di idoneità all'esercizio delle attività di emergenza sanitaria territoriale, titolare di incarichi a tempo determinato nelle Aziende Sanitarie Provinciali della Regione Siciliana, in possesso dei requisiti ivi previsti, può partecipare alle procedure di conferimento a tempo indeterminato degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale;

PRESO ATTO che , ai sensi del citato Protocollo di intesa, possono partecipare alle procedure di conferimento degli incarichi vacanti a tempo indeterminato di Emergenza Sanitaria Territoriale, in via subordinata rispetto agli aventi diritto alla titolarità, secondo i criteri e le modalità previste dall'A.C.N. e dall'Accordo integrativo regionale vigente, i medici che, alla data di pubblicazione del citato DA siano in possesso dei seguenti requisiti:

- a) siano in possesso dell'attestato di idoneità all'attività di emergenza sanitaria;
- b) abbiano prestato servizio con incarico provvisorio, conferito ai sensi dell'art. 97 dell'A.C.N., a tempo pieno per almeno due anni, anche non continuativi, nell'ultimo quinquennio in una della Aziende Sanitarie Provinciali del S.S.R.;
- c) abbiano prestato il suddetto servizio convenzionale integralmente ed esclusivamente con attività direttamente connesse all'emergenza sanitaria territoriale;

VISTO l'art. 93 comma 1 ai sensi del quale gli incarichi a tempo indeterminato sono conferiti per 38 ore settimanali, presso una sola Azienda e comportano l'esclusività del rapporto;

VISTO l'art.12 dell'ACN 18/06/2020 che, all'art. 93 dell'ACN 23/03/05, ha aggiunto il comma 10, ai sensi del quale ai medici di cui al precitato art. 92 comma 6 bis l'incarico è conferito a 38 ore settimanali, tuttavia gli stessi ottengono una sospensione parziale dell'attività convenzionale, ai fini giuridici ed economici, pari a 14 ore settimanali fino alla data di conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale;

COPIA
NO

- VISTO il D.D.G. n. 2032 del 12/11/19 (G.U.R.S. n. 53 del 29/11/19) e s.m.i., con il quale è stata approvata la Graduatoria Regionale definitiva di Medicina Generale valida per l'anno 2020;
- VISTA la nota prot. n. 43556 del 13/10/2020 con la quale l'Amministrazione Regionale ha attivato le procedure di ricognizione, invitando le AA.SS.PP. ad individuare e comunicare gli ambiti carenti di Emergenza Sanitaria Territoriale relativi al 1° settembre 2020;
- PRESO ATTO delle comunicazioni pervenute da parte delle Aziende Sanitarie Provinciali della Regione relativamente agli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale, sia per i PP.TT.EE. che per le ambulanze medicalizzate, vacanti al 1° settembre 2020;
- RITENUTO di dover procedere alla pubblicazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale vacanti al 1° settembre 2020;
- VISTO il D.P.R. n. 445/00 recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di semplificazione delle certificazioni amministrative;
- VISTE le norme in materia di trasparenza e di pubblicità dell'attività amministrativa di cui all'art. 68 della L. R. 12 agosto 2014 n. 21 e s.m.i.;

D E C R E T A

- ART. 1 Gli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale, PP.TT.EE. e Ambulanze Medicalizzate, accertati al 1° settembre 2020 e dei quali con il presente decreto si dispone la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana, sono quelli di seguito indicati distinti per Azienda Sanitaria Provinciale:

INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

1° SETTEMBRE 2020

ABZ / P.T.E.

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO

POSTAZIONI	INCARICHI	
- PTE Cammarata	1	19 h settimanali;
- MSA Agrigento	1	19 h settimanali;
- MSA Ribera	2	38 h settimanali;
- MSA Cammarata	3	38 h settimanali;
- MSA Cammarata	1	19 h settimanali;
- Automedica Alfa 1 Agrigento	1	38 h settimanali;

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CALTANISSETTA

POSTAZIONI	INCARICHI	
------------	-----------	--

- PTE c/o C.O. 118	4	38 h settimanali;
- PTE c/o C.O. 118	1	19 h settimanali;
- PTE/ABZ San Cataldo	1	38 h settimanali;
- PTE/ABZ Milena	1	19 h settimanali;
- PTE/ABZ Sommatino	1	19 h settimanali;
- MSA Niscemi	1	38 h settimanali;
- MSA Niscemi	1	19 h settimanali;

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANIA

POSTAZIONI	INCARICHI	
- PTE/ABZ Grammichele	2	38 h settimanali;
- PTE/ABZ Ramacca	1	38 h settimanali;
- ABZ Militello	2	38 h settimanali;
- ABZ Paternò	1	38 h settimanali;
- ABZ Misterbianco	1	38 h settimanali;
- ABZ CT1 Cannizzaro	1	38 h settimanali;
- ABZ Bronte	2	38 h settimanali;

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA

POSTAZIONI	INCARICHI	
- MSA Enna	1	38 h settimanali;
- MSA Troina	1	38 h settimanali;

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI MESSINA

POSTAZIONI	INCARICHI	
- MSA Messina Sud	1	38 h settimanali;
- PTE/MSA Santa Teresa di riva	1	38 h settimanali;
- PTE/MSA Francavilla di Sicilia	2	38 h settimanali;
- MSA Letojanni	1	38 h settimanali;
- MSA Trappitello	1	38 h settimanali;
- PTE/MSA Falcone	1	38 h settimanali;
- PTE/MSA Capo D'Orlando	3	38 h settimanali;
- PTE/MSA Tortorici	3	38 h settimanali;
- MSA S. Agata di Militello	1	38 h settimanali;

COPIA
NO



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI PALERMO

POSTAZIONI	INCARICHI	
- MSA Lercara Friddi	3	38 h settimanali;
- MSA Corleone	1	38 h settimanali;
- MSA Prizzi	2	38 h settimanali;
- MSA Castelbuono	1	38 h settimanali;
- MSA Petralia Sottana	2	38 h settimanali;
- MSA Guadagna	1	38 h settimanali;
- Buccheri La Ferla	2	38 h settimanali;
- PTE Palazzo Adriano	1	38 h settimanali;
- MSA Monreale	1	38 h settimanali;
- PTE Bagheria	1	38 h settimanali;
- MSA Balestrate	1	38 h settimanali;
- MSA Carini	1	38 h settimanali;
- Politeama	1	38 h settimanali;

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI RAGUSA

POSTAZIONI	INCARICHI	
- PTE Chiaramonte Gulfi	1	19 h settimanali;
- MSA Comiso	1	38 h settimanali;
- MSA Comiso	1	19 h settimanali;
- MSA Modica	3	38 h settimanali;
- MSA Modica	1	19 h settimanali;
- PTE Pozzallo	3	38 h settimanali;
- PTE Pozzallo	1	19 h settimanali;
- MSA Ragusa	1	19 h settimanali;
- PTE Scicli	1	38 h settimanali;
- PTE Scicli	1	19 h settimanali;
- MSA Vittoria	1	38 h settimanali;
- MSA Vittoria	1	19 h settimanali;

COPIA
NON

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI SIRACUSA

POSTAZIONI	INCARICHI	
- Siracusa	2	38 h settimanali;
- Siracusa	1	19 h settimanali;
- Palazzolo	1	19 h settimanali;
- Rosolini	1	19 h settimanali;
- Pachino	1	19 h settimanali;

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI TRAPANI**(nessun incarico vacante)**

ART. 2 Possono concorrere al conferimento dei predetti incarichi, secondo il seguente ordine di priorità:

- a) I medici che siano titolari di incarico a tempo indeterminato per l'emergenza sanitaria territoriale in una Azienda Sanitaria Provinciale della Regione Sicilia, diversa da quella per la quale si concorre, e nelle Aziende di altre Regioni, a condizione che risultino titolari, rispettivamente, da almeno un anno e da almeno due anni dell'incarico dal quale provengono. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo si approssimano all'unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento.
- b) I medici inclusi nella graduatoria regionale definitiva di medicina generale relativa al settore di emergenza sanitaria territoriale valida per l'anno 2020, in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio delle attività di emergenza sanitaria territoriale, i quali al momento della presentazione della domanda di cui al presente bando, nonché al momento dell'accettazione e dell'attribuzione definitiva dell'incarico, non risultino titolari a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale. I medici di cui al presente punto b) concorreranno al conferimento degli incarichi con priorità per:
 - b1) medici già incaricati a tempo indeterminato presso la stessa Azienda nel servizio di Continuità Assistenziale;
 - b2) medici incaricati a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale nell'ambito della Regione Sicilia, con priorità per quelli residenti nell'ambito dell'Azienda da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell'incarico vacante;
 - b3) medici inseriti nella graduatoria regionale, con priorità per quelli residenti nell'ambito dell'Azienda da almeno un anno antecedente la data di pubblicazione dell'incarico vacante.
- c) i medici, in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio delle attività di emergenza sanitaria territoriale, che abbiano acquisito il titolo formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valida per il 2020, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda.

COPIA
NO



- d) medici non inseriti nella graduatoria regionale di settore per l’Emergenza Sanitaria Territoriale 2020, in possesso dell’attestato di Formazione in Medicina Generale i quali abbiano conseguito l’attestato di idoneità alle attività di Emergenza Sanitaria Territoriale dopo la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inserimento nella graduatoria regionale (art. 1 comma 2 dell’A.I.R.).
- e) medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Sicilia, ai sensi dell’articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12, in possesso dell’attestato di idoneità all’esercizio dell’attività di emergenza sanitaria territoriale di cui all’articolo 96 ACN Medicina Generale.
- f) medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Sicilia, ai sensi dell’articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, in possesso dell’attestato di idoneità all’esercizio dell’attività di emergenza sanitaria territoriale di cui all’articolo 96 ACN Medicina Generale.
- g) medici in possesso del solo attestato di idoneità all’attività di emergenza sanitaria, i quali abbiano prestato servizio con incarico provvisorio, conferito ai sensi dell’art. 97 dell’A.C.N., a tempo pieno per almeno due anni, anche non continuativi, nell’ultimo quinquennio in una delle Aziende Sanitarie Provinciali del S.S.R., a condizione che il suddetto servizio sia stato prestato integralmente ed esclusivamente in attività direttamente connesse all’emergenza sanitaria territoriale;

ART. 3 I medici interessati, di cui al precedente art. 2, **entro 20 giorni a decorrere dalla pubblicazione del presente decreto sulla G.U.R.S.** (art. 92 comma 4 come sostituito dall’ A.C.N. del 21/06/2018) devono trasmettere all’Azienda Sanitaria Provinciale, a mezzo raccomandata a.r., apposita domanda di assegnazione di uno o più degli incarichi vacanti pubblicati, in conformità agli schemi allegati “A”, “B”, “C”, “D”, “E”, “F”, “G”.

ART. 4 I medici di cui al punto a) del precedente art.2 sono graduati in base all’anzianità di incarico a tempo indeterminato nell’emergenza sanitaria territoriale detratti i periodi di eventuale sospensione dall’incarico di cui all’art. 18 comma 1 dell’A.C.N. Pertanto sono tenuti a compilare apposita dichiarazione ai sensi del D.P.R. 445/00 (all. “A1”) atta a provare l’anzianità di servizio. In caso di pari posizione, i medici saranno graduati nell’ordine secondo la minore età, il voto di laurea ed, infine, l’anzianità di laurea.

ART. 5 I medici di cui al punto b) del precedente art.2 sono graduati secondo il punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all’art. 15, come sostituito dall’art. 2 dell’A.C.N. 21/06/2018. Pertanto devono dichiarare nella domanda, di essere inclusi nella graduatoria regionale di medicina generale relativa al settore di emergenza sanitaria territoriale valida per il 2020, specificando il punteggio conseguito; gli stessi dovranno altresì allegare apposita dichiarazione ai sensi del D.P.R. 445/00 (all. “B 1”).

ART. 6 I medici di cui al punto c) del precedente art. 2 sono graduati nell’ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell’anzianità di laurea, con priorità di interpello per i residenti nel territorio aziendale, nella Regione Sicilia e da

COPIA
NO

ultimo fuori Regione; gli stessi dovranno altresì allegare apposita dichiarazione ai sensi del D.P.R. 445/00 (all. "C 1").

ART. 7 I medici di cui al punto d) del precedente art. 2 saranno graduati secondo il seguente ordine di priorità:

- a) medici incaricati a tempo indeterminato nel servizio di continuità assistenziale della stessa Azienda, secondo l'anzianità di incarico;
- b) medici incaricati a tempo indeterminato nel servizio di continuità assistenziale in ambito regionale, secondo l'anzianità di incarico;
- c) medici non incaricati a tempo indeterminato nel servizio di continuità assistenziale della Regione, i quali saranno graduati nell'ordine dalla minore età al conseguimento dal diploma di laurea, dal voto di laurea ed infine dell'anzianità di laurea, con priorità per i medici residenti nell'ambito della stessa azienda.

Pertanto dovranno altresì allegare apposita dichiarazione ai sensi del D.P.R. 445/00 (all. "D 1").

ART. 8 I medici di cui al punto e) del precedente art. 2 sono graduati nel rispetto della annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima) a partire dalla data di effettivo inizio del corso, in base alla minore età al conseguimento del diploma di laurea, al voto di laurea ed all'anzianità di laurea"; gli stessi dovranno altresì allegare apposita dichiarazione ai sensi del D.P.R. 445/00 (all. "E 1").

ART. 9 I medici di cui al punto f) del precedente art. 2 sono graduati nel rispetto della annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima) a partire dalla data di effettivo inizio del corso, in base alla minore età al conseguimento del diploma di laurea, al voto di laurea ed all'anzianità di laurea"; gli stessi dovranno altresì allegare apposita dichiarazione ai sensi del D.P.R. 445/00 (all. "F 1").

ART. 10 I medici di cui al punto g) del precedente art. 2 sono graduati sulla base del seguente ordine di priorità:

- a) anzianità di servizio maturata in emergenza sanitaria territoriale (con frazione di mese superiore a 15 giorni considerata come mese intero);
- b) minore età al conseguimento del diploma di laurea;
- c) voto di laurea;
- d) anzianità di laurea.

Pertanto dovranno altresì allegare apposita dichiarazione ai sensi del D.P.R. 445/00 (all. "G 1");

ART. 11 In allegato alla domanda gli aspiranti devono inoltrare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante se alla data di presentazione della domanda abbiano in atto rapporti di lavoro dipendente, anche a titolo precario, trattamenti di pensione e se si trovino in posizione di incompatibilità, secondo lo schema allegato "H".
Eventuali situazioni di incompatibilità devono cessare al momento dell'assegnazione dell'incarico e comunque prima del conferimento dello stesso.

ART. 12 Il medico che, in sede di convocazione, accetta l'incarico è cancellato dalla graduatoria regionale di medicina generale relativa al settore di emergenza sanitaria territoriale valida per l'anno 2020; il medico che accetta l'incarico per trasferimento decade dall'incarico di provenienza dalla data di decorrenza del nuovo incarico.

COPIA
NON

- ART. 13 L'Azienda, espletate le formalità per l'assegnazione degli incarichi, in caso di assegnazione per trasferimento ad un medico proveniente da altra Regione, comunica all'Azienda di provenienza l'avvenuta accettazione dell'incarico ai fini di quanto previsto dall'art. 92 comma 16, come sostituito dall'A.C.N. del 21/06/2018.
- ART. 14 Con provvedimento del Direttore Generale dell'Azienda è conferito l'incarico a tempo indeterminato, ovvero l'incarico temporaneo ai medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 o a quelli di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60 l'incarico è conferito a 38 ore settimanali, tuttavia gli stessi ottengono una sospensione parziale dell'attività convenzionale, ai fini giuridici ed economici, pari a 14 ore settimanali fino alla data di conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale.
- ART. 15 Ai medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 o a quelli di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, l'incarico è conferito a 38 ore settimanali, con sospensione parziale dell'attività convenzionale, ai fini giuridici ed economici, pari a 14 ore settimanali fino alla data di conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale. L'incarico a tempo indeterminato viene conferito dal Direttore Generale con decorrenza dalla data di conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale, previa acquisizione dell'autocertificazione del titolo. Il mancato conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale entro il termine previsto dal corso di rispettiva frequenza, comporta la decadenza dell'incarico assegnato.

Il presente decreto sarà pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana e trasmesso al responsabile del procedimento di pubblicazione di contenuti sul sito istituzionale, ai fini dell'assolvimento dell'obbligo di pubblicazione online.

Palermo, 11 dicembre 2020.

LA ROCCA

COPIA TRATTA DAL SIT
NON VALIDA PER LA

ALLEGATO "A"

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

Marca da Bollo

All'Azienda Sanitaria Provinciale di

€ 16,00

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. di _____,
della Regione _____ dal _____ e con anzianità
complessiva di emergenza sanitaria territoriale pari a mesi _____
P.E.C. _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 92 comma 6 lett. a) come sostituito dell'art. 7 dell' Accordo Collettivo Nazionale dei medici di medicina generale 21/06/2018, per l'assegnazione di uno dei seguenti incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al 1° settembre 2020, pubblicati sulla G.U.R.S n. _____ del _____ :

Postazione _____ ASP di _____
Postazione _____ ASP di _____
Postazione _____ ASP di _____
Postazione _____ ASP di _____
Postazione _____ ASP di _____
Postazione _____ ASP di _____

ACCLUDE

- 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. "H");
- Copia fotostatica di un documento di identità.

Data _____

Firma _____

COPIA
NO



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ il _____

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445 del 28/12/00 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

dichiaro

a) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale presso l'Azienda Sanitaria Provinciale 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) (3)

Data _____

Firma (4) _____

- (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. 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) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.
- (4) ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

COPIA
NO

ALLEGATO "B"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(PER GRADUATORIA SETTORE EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE 2020)**

Marca da Bollo

€ 16,00

All'Azienda Sanitaria Provinciale di

Via _____

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ il _____
residente a _____ CAP _____ Via _____
tel. _____ cell. _____ inserito nella graduatoria regionale di
medicina generale della Regione Siciliana relativa al settore di emergenza sanitaria territoriale
valida per l'anno 2020 con punti _____
P.E.C. _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 92 comma 6 lett. b) come sostituito dell'art. 7 dell' Accordo
Collettivo Nazionale dei medici di medicina generale 21/06/2018, per l'assegnazione di uno dei
seguenti incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al 1° settembre 2020,
pubblicati sulla G.U.R.S n. _____ del _____ :

Postazione _____ ASP di _____
Postazione _____ ASP di _____
Postazione _____ ASP di _____
Postazione _____ ASP di _____
Postazione _____ ASP di _____
Postazione _____ ASP di _____

ACCLUDE

- 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. "H");
- Copia fotostatica di un documento di identità.

Data _____

Firma _____

COPIA
NO

**AUTOCERTIFICAZIONE**

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ il _____
in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito in data _____
presso l'Università _____ con voto _____
inserito nella Graduatoria Regionale di Medicina Generale della Regione Siciliana relativa al settore
di Emergenza Sanitaria Territoriale valida per l'anno 2020 con punti _____
ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/00 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative
e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

dichiaro

- 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. di _____;
- c) di essere residente nell'ambito dell'A.S.P. di _____
dal _____;

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1) (2)

Data _____

Firma _____

- (1) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 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) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs.
30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici,
esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

COPIA
NO

ALLEGATO "C"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**
(MEDICI IN POSSESSO DEL DIPLOMA DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE NON INSERITI IN GRADUATORIA)

Marca da Bollo

All'Azienda Sanitaria Provinciale di

€ 16,00

Via _____

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ il _____
residente a _____ CAP _____ Via _____
tel. _____ cell. _____ in possesso dell'attestato di formazione
specifica in medicina generale conseguito il _____ presso _____
P. E. C. (obbligatoria) _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 92 comma 6 lettera c), come sostituito dall'art. 7 dell'A.C.N. dei medici di medicina generale 21/06/18, per l'assegnazione di uno dei seguenti incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al 1° settembre 2020, pubblicati sulla G.U.R.S. n. _____ del _____ :

Postazione _____ ASP di _____
Postazione _____ ASP di _____
Postazione _____ ASP di _____
Postazione _____ ASP di _____
Postazione _____ ASP di _____
Postazione _____ ASP di _____

ACCLUDE

- Autocertificazione (all. "C1");
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. "H");
- Copia fotostatica di un documento di identità.

Data _____

Firma _____

COPIA
NO

**AUTOCERTIFICAZIONE**

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ il _____

in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito in data _____

presso l'Università _____ con voto _____

d i c h i a r a

- a) di essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale, conseguito presso _____ in data _____;
- b) di essere in possesso dell'attestato di idoneità alle attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, conseguito presso _____ in data _____;

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1) (2)

Data _____

Firma _____

- (1) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 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) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

COPIA
NO

ALLEGATO "D"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI
VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**
(ai sensi dell'art. 1 c. 2 dell'A.I.R. di Emergenza Sanitaria Territoriale)

Marca da Bollo

€ 16,00

All'Azienda Sanitaria Provinciale di

Via _____

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ il _____
residente a _____ CAP _____ Via _____
tel. _____ cell. _____
P.E.C. _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 1 comma 2 dell'A. I. R. di Emergenza Sanitaria Territoriale, per l'assegnazione di uno dei seguenti incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al 1° settembre 2020, pubblicati sulla G.U.R.S. n. _____ del _____ :

Postazione _____ ASP di _____
Postazione _____ ASP di _____
Postazione _____ ASP di _____
Postazione _____ ASP di _____
Postazione _____ ASP di _____
Postazione _____ ASP di _____

ACCLUDE

- Autocertificazione comprovante il possesso dell'attestato di formazione in Medicina Generale, attestato di idoneità alle attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, l'eventuale titolarità di incarico a tempo indeterminato di C.A. (all. "D1");
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. "H");
- Copia fotostatica di un documento di identità.

Data _____

Firma _____

COPIA
NO

**AUTOCERTIFICAZIONE**

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ il _____

in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito in data _____

presso l'Università _____ con voto _____

d i c h i a r a

- a) di essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale, conseguito presso _____ in data _____;
- b) di essere in possesso dell'attestato di idoneità alle attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, conseguito presso _____ in data _____;
- c) di essere/non essere titolare a tempo indeterminato di continuità assistenziale presso la regione _____ A.S.P. _____;

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1) (2)

Data _____

Firma _____

- (1) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 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) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

COPIA
NO

ALLEGATO "E"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI
VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**
(MEDICI ISCRITTI AL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE NELLA REGIONE SICILIA
ex art. 9 comma 1 D.L. 14/12/18 n. 135 , convertito con modificazioni dalla L.11/02/19 n. 12)

Marca da Bollo

€ 16,00

All'Azienda Sanitaria Provinciale di

Via _____

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ il _____
residente a _____ CAP _____ via _____
tel. _____ cell. _____
P. E. C. (obbligatoria) _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. dall'art. 92 comma 6 bis – 1° capoverso – , come inserito dall'art. 11 ACN dei medici di medicina generale 18/06/2020 per l'assegnazione di uno dei seguenti incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al 1° settembre 2020, pubblicati sulla G.U.R.S. n. _____ del _____ :

Postazione _____ ASP di _____
Postazione _____ ASP di _____
Postazione _____ ASP di _____
Postazione _____ ASP di _____
Postazione _____ ASP di _____
Postazione _____ ASP di _____

ACCLUDE

- Autocertificazione (all."E1");
- Copia fotostatica di un documento di identità

Data _____

Firma _____

COPIA
NO



AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ il _____

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 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 Comune di _____ Prov. _____
- b) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di _____ in data _____ con voto _____
- c) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data _____ presso l'Università di _____
- d) di essere in possesso dell'attestato di idoneità alle attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, conseguito presso _____ in data _____;
- e) di essere iscritto all'Ordine dei Medici della provincia di _____
- f) di essere iscritto al corso di formazione in medicina generale nella Regione Sicilia nel triennio _____ e di frequentare il:

- primo anno
- secondo anno
- terzo anno

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Data _____

Firma(2)(3) _____

(1) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 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. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

(3) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

COPIA
NO

ALLEGATO "F"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI
VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**(MEDICI ISCRITTI AL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE NELLA REGIONE SICILIA
ex art.12 comma 3 D.L. 30/04/19 n. 35 (c.d. Decreto Calabria), convertito con L. 25/06/19 n. 60)**Marca da Bollo**

All'Azienda Sanitaria Provinciale di

€ 16,00

Via _____

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ il _____

residente a _____ CAP _____ via _____

tel. _____ cell. _____

P. E. C. (obbligatoria) _____

FA DOMANDAsecondo quanto previsto secondo quanto previsto dall'art. 92 comma 6 bis - 2° capoverso - , come
inserito dall'art. 11 ACN dei medici di medicina generale 18/06/2020 per l'assegnazione di uno dei
seguenti incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al 1° settembre 2020,
pubblicati sulla G.U.R.S. n. _____ del _____ :

Postazione _____ ASP di _____

Postazione _____ ASP di _____

Postazione _____ ASP di _____

Postazione _____ ASP di _____

Postazione _____ ASP di _____

Postazione _____ ASP di _____

ACCLUDE

- Autocertificazione (all."F1");
- Copia fotostatica di un documento di identità

Data _____

Firma _____

COPIA TK
NON VA



AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ il _____

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 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 Comune di _____ Prov. _____
- b) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di _____ in data _____ con voto _____
- c) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data _____ presso l'Università di _____
- d) di essere in possesso dell'attestato di idoneità alle attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, conseguito presso _____ in data _____;
- e) di essere iscritto all'Ordine dei Medici della provincia di _____
- f) di essere iscritto al corso di formazione in medicina generale nella Regione Sicilia, ai sensi di quanto previsto dall'art. 12 D.L. n. 35/19 (c.d. Decreto Calabria), convertito con L. 60/19 nel triennio _____

- primo anno
- secondo anno
- terzo anno

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Data _____

Firma(2)(3) _____

(1) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 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. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

(3) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

COPIA
NO

ALLEGATO "G"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**
(ai sensi del Protocollo d'intesa sottoscritto in data _____)

Marca da Bollo _____

€ 16,00

All'Azienda Sanitaria Provinciale di _____

Via _____

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ il _____

residente a _____ CAP _____ Via _____

tel. _____ cell. _____ in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio delle attività di emergenza sanitaria, vantando un'anzianità di servizio con incarico a tempo determinato, conferito ai sensi dell'art. 97 dell'A.C.N., di almeno due anni, anche non continuativi, nell'ultimo quinquennio in una della Aziende Sanitarie Provinciali del S.S.R.,

P.E.C. _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art 3 del Protocollo di Intesa sottoscritto in data _____, approvato con DA n. _____ del _____, per l'assegnazione di uno dei seguenti incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al 1° settembre 2020, pubblicati sulla G.U.R.S n. _____ del _____:

Postazione _____ ASP di _____

Postazione _____ ASP di _____

Postazione _____ ASP di _____

Postazione _____ ASP di _____

Postazione _____ ASP di _____

ACCLUDE

- Autocertificazione comprovante il possesso dei requisiti prescritti dall'art. 3 del Protocollo di intesa (all."G1");
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. "H");
- Copia fotostatica di un documento di identità.

Data _____

Firma _____

COPIA
NON
VALIDA

**AUTOCERTIFICAZIONE**

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ il _____

in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito in data

presso l'Università _____ con voto _____

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

dichiaro

- a) di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio delle attività di emergenza sanitaria territoriale, conseguito presso _____ in data _____;
- b) di vantare un'anzianità complessiva di servizio effettivo a tempo determinato nell'emergenza sanitaria territoriale pari a mesi _____ (1), e precisamente:
- dal _____ al _____ presso _____;
- dal _____ al _____ presso _____;
- dal _____ al _____ presso _____;
- c) che il suddetto servizio è stato prestato integralmente ed esclusivamente in attività direttamente connesse all'emergenza sanitaria territoriale.

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1) (2)

Data _____

Firma _____

- 1) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 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) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

COPIA
NO

ALLEGATO "H"

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ il _____

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445 del 28/12/00 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

dichiara

- 1) essere / non essere titolare a tempo indeterminato di incarico di emergenza sanitaria territoriale presso la Regione
_____ Azienda di _____ Postazione _____;
- 2) essere / non essere titolare a tempo determinato di incarico di emergenza sanitaria territoriale presso la Regione
_____ Azienda di _____ Postazione _____;
- 3) essere / non essere titolare di incarico come medico di assistenza primaria presso l'Azienda di
_____ ambito territoriale di _____ n. scelte _____;
- 4) essere / non essere titolare di incarico come medico specialista pediatra di libera scelta presso l'Azienda di
_____ ambito territoriale di _____ n. scelte _____;
- 5) essere / non essere titolare di incarico a tempo determinato o 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 D.L.vo n. 502/92:
Provincia _____ Azienda _____ branca _____
_____ dal _____;
- 9) 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 257/91 e corrispondenti norme del D.L.vo 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 D.L.vo n.502/92 e successive
modificazioni:
Organismo _____ ore sett. _____ Comune _____
Tipo di attività _____ Tipo di lavoro _____ dal _____;

COPIA
NO

- 11) svolgere – non svolgere funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della L.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) (2)

Data _____

Firma (3) _____

- (1) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 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) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.
- (3) ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

(2020.51.2925)102

COPIA
NO