

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

Marca da Bollo

€ 16,00

All'Azienda Sanitaria Provinciale di

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. (**obbligatoria**) _____

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° marzo 2022, 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 _____

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

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 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.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(PER GRADUATORIA SETTORE EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE 2022)**

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 valida per l'anno 2022 con punti _____
P. E. C. (**obbligatoria**) _____

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° marzo 2022, 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 _____

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 valida per l'anno 2022 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

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. 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.

**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° marzo 2022, 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 _____

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.

**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. (obbligatoria) _____

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° marzo 2022, 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 _____

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.

**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° marzo 2022, 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 _____

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

di essere residente nel Comune di _____ Prov. _____;

di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di _____ in data _____ con voto _____;

di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data _____ presso l'Università di _____ di essere in possesso dell'attestato di idoneità alle attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, conseguito presso _____ in data _____;

di essere iscritto all'Ordine dei Medici della provincia di _____;

di essere iscritto al corso di formazione in medicina generale nella Regione Sicilia nel triennio _____ e di frequentare il:

- a) primo anno
- b) secondo anno
- c) 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.

**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

€ 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 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° marzo 2022, 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 _____

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.

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

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 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. (obbligatoria) _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art 3 del Protocollo di Intesa, approvato con D.A. n. 1210 dell' 11 dicembre 2020, per l'assegnazione di uno dei seguenti incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al 1° marzo 2022, 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 _____

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

d i c h i a r a

e) di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio delle attività di emergenza sanitaria territoriale, conseguito presso _____ in data _____;

f) 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 _____

d) 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".

e) 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.

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

d i c h i a r a

- 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 _____ ;

- 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.