

pubblica amministrazione per aver conseguito l'impiego stesso mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;

i) di possedere i seguenti titoli comprovanti il diritto di precedenza o preferenza _____;

l) di voler ricevere le comunicazioni relative al presente concorso in _____.

Dichiara infine di essere consapevole che quanto affermato corrisponde a verità e di essere a conoscenza delle sanzioni penali di cui all'art. 76 della D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati

personali forniti possano essere trattati nel rispetto del D.L.vo n. 196/2003 art. 24, per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Al fine della valutazione di merito, il sottoscritto presenta un curriculum formativo e professionale datato e firmato.

Tutti i documenti e titoli presentati sono indicati nell'allegato elenco redatto in triplice copia, in carta semplice.

Data _____

FIRMA

U.S.L. N. 3
UNITÀ SANITARIA LOCALE
AZIENDA DELLA REGIONE UMBRIA
FOLIGNO

UFFICIO CENTRALE REGIONALE PER I RAPPORTI CONVENZIONALI

Avviso di pubblicazione delle zone carenti di assistenza primaria, di continuità assistenziale e di pediatria di libera scelta, così come individuate dalle Aziende sanitarie regionali alla data del 1° marzo 2009.

Ai sensi degli artt. 34 e 63 dell'ACN per la medicina generale e dell'art. 33 dell'ACN per la pediatria di libera scelta, si pubblica di seguito l'elenco delle zone carenti di assistenza primaria, di continuità assistenziale e di pediatria di libera scelta, così come individuate dalle Aziende sanitarie della Regione Umbria, alla data del 1° marzo 2009:

Azienda U.S.L. n. 2 - Perugia

ATTIVITA'	POSTI	AMBITO TERRITORIALE
Assistenza Primaria	1	Distretto 1 del Perugino - Centro di Salute 3 (sedi territoriali Via XIV Settembre, San Marco)
" "	1	Distretto 1 del Perugino - Centro di Salute 4 (sedi territoriali Madonna Alta)
" "	2	Distretto 1 del Perugino - Ambito Distrettuale
" "	1	Distretto 3 M.V.T. - Comune di Collazzone
" "	1	Distretto 4 del Trasimeno (con obbligo di apertura dell'ambulatorio nel Comune di Castiglione del Lago)
Continuità Assistenziale	1	Presidi Aziendali

Azienda U.S.L. n. 2 - Perugia

ATTIVITA'	POSTI	AMBITO TERRITORIALE
Pediatria di Libera Scelta	1	Distretto 1 del Perugino - Centro di Salute 1 (Sedi territoriali di Ponte Pattoli, Ponte Felcino, Ponte Valleceppi)
Pediatria di Libera Scelta	1	Distretto 4 del Trasimeno (con obbligo di apertura di ambulatorio nel Comune di Città della Pieve)

Azienda U.S.L. n. 3 - Foligno

ATTIVITA'	POSTI	AMBITO TERRITORIALE
Assistenza Primaria	1	Distretto 2 - Comune di Castel Ritaldi
" "	1	Distretto 3 - Comune di Gualdo Cattaneo
" "	1	Distretto 3 - Comune di Spello
Continuità Assistenziale	2	Distretto 1 - Valnerina
Pediatria di Libera Scelta	1	Distretto 2 - Comuni di: Campello sul Clitunno e Castel Ritaldi (con obbligo di assicurare un congruo orario ambulatoriale nel Comune di Spoleto)
" " "	1	Distretto 3 - Comune di Foligno

Azienda U.S.L. n. 4 - Terni

ATTIVITA'	POSTI	AMBITO TERRITORIALE
Assistenza Primaria	4	Distretto 1 - Terni, Stroncone
" "	1	Distretto 1 - Acquasparta, Sangemini
" "	1	Distretto 1 - Valnerina
" "	1	Distretto 2 - Amelia
Continuità Assistenziale	4	Distretto 2
" "	4	Distretto 3

I medici attualmente titolari di incarico a tempo indeterminato nei settori di che trattasi potranno presentare istanza di partecipazione all'assegnazione delle carenze, solo per trasferimento e a condizione peraltro, che abbiano l'anzianità minima, di titolarità convenzionale a tempo indeterminato nel settore interessato, prevista dall'A.C.N. di riferimento.

I medici aventi titolo al conferimento dell'incarico dovranno presentare le domande entro il 15° giorno successivo alla data della pubblicazione del presente avviso.

Le domande, da utilizzare secondo i fac-simile di seguito pubblicati, dovranno, altresì, pervenire all'Ufficio centrale regionale presso l'Azienda USL n. 3 - piazza Dante Perilli c/o Palazzina Micheli, 06049 Spoleto (PG).

La sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore ai sensi dell'art. 33, D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000.

Informativa sul trattamento dei dati (art. 13, D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003).

I dati personali dei candidati, il cui conferimento è obbligatorio agli effetti del presente avviso, saranno trattati con sistemi cartacei ed informatici sicuri, esclusivamente per le finalità di cui al presente avviso e non saranno diffusi o divulgati a terzi, salve le eventuali comunicazioni alla Regione Umbria per le finalità istituzionali correlate al presente avviso e salve le legittime richieste delle Autorità. Titolare del trattamento è l'Azienda ASL n. 3 nella persona della rag. Giuditta Nessi, dirigente del Servizio Convenzioni dell'ASL n. 3. Responsabile del trattamento: dott. Roberto Marandola, collaboratore prof.le amm.vo esperto del Servizio Convenzioni dell'ASL n. 3.

Gli interessati potranno esercitare i diritti di cui all'art. 7 D.Lgs. n. 196/2003 formulando specifica richiesta al responsabile al trattamento.

Foligno, lì 23 giugno 2009

Il dirigente
GIUDITTA NESSI

T/1299 (Gratuito)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA
(per graduatoria)**

RACCOMANDATA

All' Ufficio Centrale Regionale
Piazza Dante Perilli
C/o Palazzina Micheli
06049 Spoleto(PG)

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
prov. _____ il _____ M / F codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____
CAP _____ tel. _____ a far data dal _____
proveniente dal Comune di _____ ove risultava residente dal _____
ASL di residenza _____ e residente nel territorio della Regione _____
dal _____ inserito nella graduatoria unica regionale valevole per l'anno 2009 al
numero _____ con punti _____;

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2 lett.b) dell'Accordo collettivo nazionale per la
medicina generale di cui all'atto d'intesa stato/regioni del 23/03/2005, per assegnazione degli
ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione
Umbria n. _____ del _____

e segnatamente per i seguenti incarichi :

___ Ambito _____ ASL _____ ___ Ambito _____ ASL _____

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'art.16, comma 7 e 8 dello stesso Accordo
di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato (*barrare una sola casella
in caso di barratura di entrambe le caselle o mancata indicazione della riserva prescelta, la
domanda non potrà essere valutata*) :

- riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al
D.L.vo 256/91 o 277/2003 (Art.16, comma 7 lett.a);
- riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (art.16, comma 7, lett. b).

**Il sottoscritto inoltre dichiara, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del
28/12/1990(dichiarazione sostitutiva di certificazione): di non essere titolare di rapporto
convenzionale con incarico a tempo indeterminato nel settore Assistenza Primaria.**

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ CAP _____ prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva .

Data _____ firma per esteso _____

Attenzione: la sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora presentata
unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA
(per trasferimento)**

RACCOMANDATA

All' Ufficio Centrale Regionale
Piazza Dante Perilli
C/o Palazzina Micheli
06049 Spoleto(PG)

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
prov. _____ il _____ M / F codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____
CAP _____ tel. _____ a far data dal _____
e residente nel territorio della Regione _____ dal _____
titolare di incarico a tempo indeterminato per l'Assistenza Primaria presso l'Azienda n. _____
di _____ per l'ambito territoriale di _____ della Regione _____
dal _____ e con anzianità complessiva di assistenza primaria pari a
mesi _____,

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art.34, comma 2, lett. a) dell'Accordo collettivo nazionale per la
medicina generale di cui all'atto d'intesa stato/regioni del 23/03/2005, per assegnazione degli
ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione
Umbria n. _____ del _____

e segnatamente per i seguenti incarichi :

___ Ambito _____ ASL _____ ___ Ambito _____ ASL _____

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a
comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'art. 34, comma 2, lett.
a) dell'ACN per la medicina generale e l'anzianità complessiva di incarico in assistenza primaria:
allegati n. _____ (_____) documenti .

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

- la propria residenza
 il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ CAP _____ prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ firma per esteso _____

Attenzione: la sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora presentata
unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
(per graduatoria)**

RACCOMANDATA

All' Ufficio Centrale Regionale
Piazza Dante Perilli
C/o Palazzina Micheli
06049 Spoleto(PG)

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
prov. _____ il _____ M / F codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____
CAP _____ tel. _____ a far data dal _____
proveniente dal Comune di _____ ove risultava residente dal _____
ASL di residenza _____ e residente nel territorio della Regione _____
dal _____ inserito nella graduatoria unica regionale valevole per l'anno 2009 al
numero _____ con punti _____;

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 2 lett.b) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale di cui all'atto d'intesa stato/regioni del 23/03/2005, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per la continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. _____ del _____

e segnatamente per i seguenti incarichi :

ASL n. _____

ASL n. _____

ASL n. _____

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'art.16, comma 7 e 8 dello stesso Accordo di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato (*barrare una sola casella in caso di barratura di entrambe le caselle o mancata indicazione della riserva prescelta, la domanda non potrà essere valutata*) :

- riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo 256/91 o 277/2003 (Art.16, comma 7 lett.a);
- riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (art.16, comma 7, lett. b).

Il sottoscritto inoltre dichiara, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28/12/1990(dichiarazione sostitutiva di certificazione): di non essere titolare di rapporto convenzionale con incarico a tempo indeterminato nel settore Continuità Assistenziale.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ CAP _____ prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva .

Data _____ firma per esteso _____

Attenzione: la sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
(per trasferimento)**

RACCOMANDATA

All' Ufficio Centrale Regionale
Piazza Dante Perilli
C/o Palazzina Micheli
06049 Spoleto(PG)

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
prov. _____ il _____ M / F codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____
CAP _____ tel. _____ a far data dal _____
e residente nel territorio della Regione _____ dal _____
titolare di incarico a tempo indeterminato per la Continuità Assistenziale presso l'Azienda
n. _____ di _____ per l'ambito territoriale di _____ della Regione
_____ dal _____ e con anzianità complessiva di continuità assistenziale
pari a mesi _____,

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art.63, comma 2, lett. a) dell'Accordo collettivo nazionale per la
medicina generale di cui all'atto d'intesa stato/regioni del 23/03/2005, per l' assegnazione degli
ambiti territoriali carenti per la continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della
Regione Umbria n. _____ del _____

e segnatamente per i seguenti incarichi :

ASL n. _____

ASL n. _____

ASL n. _____

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a
comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'art. 63, comma 2, lett.
a) dell'ACN per la medicina generale e l'anzianità complessiva di incarico in continuità
assistenziale:

allegati n. _____ (_____) documenti .

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

- la propria residenza
 il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ CAP _____ prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ firma per esteso _____

Attenzione: la sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora presentata
unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
(per graduatoria)**

RACCOMANDATA

All' Ufficio Centrale Regionale
Piazza Dante Perilli
C/o Palazzina Micheli
06049 Spoleto(PG)

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
prov. _____ il _____ M / F codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____
CAP _____ tel. _____ a far data dal _____
proveniente dal Comune di _____ ove risultava residente dal _____
ASL di residenza _____ e residente nel territorio della Regione _____
dal _____ inserito nella graduatoria unica regionale unica regionale valevole per l'anno
2009, al numero _____ con punti _____;

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art.33, comma 2 lett. b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la
pediatria di libera scelta, di cui all'atto d'intesa stato/regioni del 15/12/2005, di assegnazione degli
ambiti territoriali carenti pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n.
_____ del _____

e segnatamente per i seguenti incarichi :

___ Ambito _____ ASL _____

___ Ambito _____ ASL _____

___ Ambito _____ ASL _____

___ Ambito _____ ASL _____

___ Ambito _____ ASL _____

___ Ambito _____ ASL _____

**Il sottoscritto inoltre dichiara, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del
28/12/1990(dichiarazione sostitutiva di certificazione): di non essere titolare di rapporto
convenzionale con incarico a tempo indeterminato nel settore Pediatria di Libera Scelta.**

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

- la propria residenza
 il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ CAP _____ prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ firma per esteso _____

Attenzione: la sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora presentata
unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
(per trasferimento)**

RACCOMANDATA

All' Ufficio Centrale Regionale
Piazza Dante Perilli
C/o Palazzina Micheli
06049 Spoleto(PG)

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
prov. _____ il _____ M / F codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____
CAP _____ tel. _____ a far data dal _____
e residente nel territorio della Regione _____ dal _____
titolare di incarico a tempo indeterminato per la Pediatria di Libera Scelta presso l'Azienda n. _____
di _____ della Regione _____ dal _____ al _____
e precedentemente presso l'Azienda n. _____ di _____ della Regione
_____ dal _____ al _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art.33, comma 2, lett. a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la pediatria di libera scelta, di assegnazione degli ambiti territoriali carenti pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria n. _____ del _____ e segnatamente per i seguenti incarichi:

_____ Ambito _____ ASL _____	_____ Ambito _____ ASL _____
_____ Ambito _____ ASL _____	_____ Ambito _____ ASL _____
_____ Ambito _____ ASL _____	_____ Ambito _____ ASL _____

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione degli incarichi ai sensi dell'art. 33, comma 2 lett. a) dell'ACN per la PLS e l'anzianità complessiva di incarico di medico pediatra di libera scelta.

allegati n. ____ (_____) documenti .

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

- la propria residenza
 il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ CAP _____ prov. _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ firma per esteso _____

Attenzione: la sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione qualora presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità** del sottoscrittore.

MMG**AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA****(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)**

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ il _____ residente in _____ Via/Piazza _____ n° _____ iscritto all'Albo dei _____ della Provincia di _____ ai sensi e agli effetti dell'art. 4, legge 4 gennaio 1968 n° 15 e sue successive modificazioni ed integrazioni;

DICHIARA FORMALMENTE DI

1) essere - non essere (1) 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 (2):
Soggetto _____ ore settimanali _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

2) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte e con n° _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____

3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte
Periodo: dal _____

4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno: (2)
Azienda _____ branca _____ ore sett. _____
Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

5) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)
Provincia _____ branca _____
Periodo: dal _____

6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n. 502/92:
Azienda _____ Via _____
Tipo di attività _____
Periodo: dal _____

7) essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione _____ o in altra regione (2):
Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____
in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

8) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:
Denominazione del corso _____
Soggetto pubblico che lo svolge _____
Inizio: dal _____

9) operare/non operare (1) 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. (2)

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

10) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78: (2)

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

11) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:

Azienda _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

12) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)

Azienda _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

13) avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2)

Periodo: dal _____

14) essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

15) fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo: dal _____

16) svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

Periodo: dal _____

17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato: (1)
(2)

Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____

Tipo di attività _____

Periodo: dal _____

18) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7):

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro: _____

Periodo: dal _____

19) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (2)

Periodo: dal _____

20) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2)

soggetto erogante il trattamento pensionistico _____

Pensionato dal _____

NOTE: _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

Data _____ Firma _____

(1) - cancellare la parte che non interessa

(2) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE"

PLS

DICHIARAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il sottoscritto Dott.....
nato a..... il..... residente in.....
Via/Piazza..... n.....
iscritto all'Albo dei..... della Provincia di.....
ai sensi e agli effetti dell'art.4, legge 4 gennaio 1968, n.15 e sue successive modificazioni
ed integrazioni;

DICHIARA FORMALMENTE DI

1. essere/non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incarico o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):

Soggetto..... ore settimanali.....
Via..... Comune di.....
Tipo di rapporto di lavoro
Periodo: dal.....

2. essere/non essere (1) titolare di incarico come medico convenzionato di pediatria di libera scelta ai sensi dell'ACN del 15/12/2005 con massimale di n°..... scelte

Periodo: dal

3. essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato: (2)

A.S.L. branca..... ore sett..... A.S.L.....
branca..... ore sett.....

4. essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)

Provincia..... branca.....
Periodo: dal.....

5. essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella

Regione..... o in altra Regione (2):
Regione..... A.S.L..... ore sett.....
in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

6. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art.43 L. 833/78: (2)

Organismo..... ore sett.....
Via..... Comune di
Tipo di attività.....
Tipo di rapporto di lavoro.....
Periodo: dal.....

7. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art.43 L.833/78: (2)

Organismo..... ore sett.....
Via..... Comune di

Tipo di attività.....
Tipo di rapporto di lavoro.....
Periodo: dal.....

8. svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:

Azienda..... ore sett.....
Via..... Comune di.....
Periodo: dal.....

9. svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'A.S.L. di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)

A.S.L. Comune di.....
Periodo: dal.....

10. fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo: dal.....

11. svolgere/non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

Periodo: dal.....

12. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi soggetto pubblico (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn.1,2,3, o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn.4,5,6):

Soggetto pubblico.....
Via..... Comune di

Tipo di attività.....
Tipo di rapporto di lavoro:.....
Periodo: dal.....

13. essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a carico di: (2)

.....
.....

Periodo: dal.....

14. fruire/non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita: (2)

soggetto erogante il trattamento di adeguamento.....
Periodo: dal.....

NOTE

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

data _____

Firma _____

(1) - cancellare la parte che non interessa

(2) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE".