

**AZIENDA SANITARIA DELLA PROVINCIA
AUTONOMA DI BOLZANO**

**COPERTURA DELLE ZONE CARENTI DI
ASSISTENZA PRIMARIA (marzo 2011)**

**BANDO DI CONCORSO PER L'ASSEGNAZIONE
DEI POSTI NELLE ZONE CARENTI PER
MEDICI DI MEDICINA GENERALE NEI
SEGUENTI COMPRESORI SANITARI**

SCADENZA ENTRO IL 18 APRILE 2011

**SANITÄTSBETRIEB DER AUTONOMEN
PROVINZ BOZEN**

**BESETZUNG DER GEBIETE MIT
MANGELHAFTER GRUNDVERSORGUNG (März
2011)**

**WETTBEWERB FÜR DIE ZUWEISUNG DER
STELLEN IN DEN GEBIETEN MIT
MANGELHAFTER ÄRZTLICHER GRUNDVER-
SORGUNG FÜR DIE ÄRZTE FÜR
ALLGEMEINMEDIZIN IN DEN FOLGENDEN
GESUNDHEITSBEZIRKEN**

**EINREICHETERMIN INNERHALB 18. APRIL
2011**

3. COMPRESORIO SANITARIO DI BRESSANONE

Il Direttore del Comprensorio Sanitario di Bressanone, con determinazione **del 21.02.2011, n. 40**, ha approvato ai sensi dell'art. 15 del vigente Accordo Provinciale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, il seguente elenco delle zone carenti (**marzo 2011**):

3. GESUNDHEITSBEZIRK BRIXEN

Der Direktor des Gesundheitsbezirkes Brixen hat mit Entscheidung **Nr. 40 vom 21.02.2011** das nachstehende Verzeichnis der allgemeinärztlich unterversorgten Gebiete (**März 2011**), gemäß Art. 15 des geltenden Landesvertrages für Ärzte für Allgemeinmedizin, genehmigt:

Distretti Sanitari	Posti vacanti	Gesundheitssprengel	Freie Stellen
Alta Valle Isarco:	1 posto	Wipptal:	1 Stelle

Per l'assegnazione dei posti nelle predette zone carenti, possono concorrere i medici che hanno i requisiti utili ai sensi dell'art. 15, comma 3, lettera a) e b) del vigente Accordo Provinciale.

Für die Zuweisung der Stellen in den obgenannten unterversorgten Gebieten können sich die Ärzte bewerben, die die Voraussetzungen laut Art. 15, Absatz 3, Buchstabe a) und b) des Vertrages auf Landesebene, erfüllen.

I moduli per la presentazione delle domande di copertura delle zone carenti possono essere ritirati o chiesti presso la segreteria della dirigenza amministrativa del territorio del Comprensorio Sanitario di Bressanone, 39042 Bressanone, Via Roma 7, tel. 0472 802703, fax 0472 837450 oppure scaricati dal sito internet del Comprensorio Sanitario di Bressanone (www.as-bressanone.it).

Die Vordrucke für die Einreichung der Gesuche für die Besetzung der freien Stellen liegen im Sekretariat der Verwaltungsleitung des Territoriums des Gesundheitsbezirkes Brixen, 39042 Brixen, Romstraße 7, Tel. 0472 802703, Fax 0472 837450 auf, oder können vom Internetportal des Gesundheitsbezirkes Brixen herunter geladen werden (www.sb-brixen.it).

Orario d' apertura:

Dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 12.00.

Öffnungszeiten:

Montag bis Freitag von 8.00 bis 12.00 Uhr.

Il Direttore del Comprensorio Sanitario
Dr. Siegfried Gatscher

Der Direktor des Gesundheitsbezirkes
Dr. Siegfried Gatscher

1. COMPENSORIO SANITARIO DI BOLZANO

Il Direttore del Compensorio Sanitario di Bolzano, con determinazione **del 14.03.2011, n. 428**, ha approvato ai sensi dell'art. 15 del vigente Accordo Provinciale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, il seguente elenco delle zone carenti (**marzo 2011**):

1. GESUNDHEITSBEZIRK BOZEN

Der Direktor des Gesundheitsbezirkes Bozen hat mit Entscheidung **Nr. 428 vom 14.03.2011** das nachstehende Verzeichnis der allgemeinärztlich unterversorgten Gebiete (**März 2011**), gemäß Art. 15 des geltenden Landesvertrages für Ärzte für Allgemeinmedizin, genehmigt:

Distretti Sanitari	Posti vacanti	Gesundheitssprengel	Freie Stellen
Val d'Ega-Sciliar: Ambito territoriale: Nova Ponente/Nova Levante Ambito territoriale: Cornedo-Fiè-Tires	1 posto 1 (*) posto	Eggental-Schlern: Einzugsgebiet: Deutschnofen/Welschnofen Einzugsgebiet: Karneid-Völs-Tiers	1 Stelle 1 (*) Stelle
(*) con riserva, in quanto questo posto è in fase di copertura in virtù del precedente bando		(*) mit Vorbehalt, weil für diese Stelle ein Besetzungsverfahren aufgrund der vorherigen Veröffentlichung noch im Gange ist	
Oltradige: Ambito territoriale: Appiano-Caldaro	1 posto	Überetsch: Einzugsgebiet: Eppan-Kaltern	1 Stelle
Laives-Bronzolo-Vadena:	1 posto	Leifers-Branzoll-Pfatten:	1 Stelle
Bassa Atesina: Ambito territoriale: Egna-Montagna-Salorno	1 posto	Unterland: Einzugsgebiet: Neumarkt-Montan-Salurn	1 Stelle
Bolzano:	4 posti	Bozen:	4 Stellen

Per l'assegnazione dei posti nelle predette zone carenti, possono concorrere i medici che hanno i requisiti utili ai sensi dell'art. 15, comma 3, lettera a) e b) del vigente Accordo Provinciale.

Für die Zuweisung der Stellen in den obgenannten unterversorgten Gebieten können sich die Ärzte bewerben, die die Voraussetzungen laut Art. 15, Absatz 3, Buchstabe a) und b) des Vertrages auf Landesebene, erfüllen.

I moduli per la presentazione delle domande di copertura delle zone carenti possono essere ritirati o chiesti presso la segreteria della ripartizione dei servizi aziendali del Compensorio Sanitario di Bolzano, 39100 Bolzano, Piazza Wilhelm Alexander Loew Cadonna 12, tel. 0471 907176/78, fax 0471 907186 oppure scaricati dal sito internet del Compensorio Sanitario di Bolzano (www.asbz.it).

Die Vordrucke für die Einreichung der Gesuche für die Besetzung der freien Stellen liegen im Sekretariat der Abteilung für betriebliche Dienste des Gesundheitsbezirkes Bozen, Wilhelm-Alexander-Loew-Cadonna-Platz 12, 39100 Bozen, Tel. 0471 907176/78, Fax 0471 907186 auf, oder können vom Internetportal des Gesundheitsbezirkes Bozen herunter geladen werden (www.sbbz.it).

Orario d' apertura:

Dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 12.30.

Öffnungszeiten:

Montag bis Freitag von 8.30 bis 12.30 Uhr.

Il Direttore del Compensorio Sanitario
Dr. Umberto Tait

Der Direktor des Gesundheitsbezirkes
Dr. Umberto Tait

2. COMPENSORIO SANITARIO DI MERANO**2. GESUNDHEITSBEZIRK MERAN**

La Direttrice del Compensorio Sanitario di Merano, con determinazione **del 03.03.2011, n. 121/11**, ha approvato ai sensi dell'art. 15 del vigente Accordo Provinciale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, il seguente elenco delle zone carenti (**marzo 2011**):

Die Direktorin des Gesundheitsbezirkes Meran hat mit Entscheidung **Nr. 121/11 vom 03.03.2011** das nachstehende Verzeichnis der allgemein-ärztlich unterversorgten Gebiete (**März 2011**), gemäß Art. 15 des geltenden Landesvertrages für Ärzte für Allgemeinmedizin, genehmigt:

Distretti Sanitari	Posti vacanti	Gesundheitssprengel	Freie Stellen
Merano-circondario Ambito territoriale: Merano, Lagundo, Tirolo, Rifiano, Caines, Marlungo, Scena, Avelengo, Verano	1 posto con almeno 2 accessi settimanali ad Avelengo e 2 accessi settimanali a Verano	Meran-Umgebung Einzugsgebiet: Meran, Algund, Tirol, Riffian, Kuens, Marlung, Schenna, Hafling, Vöran	1 Stelle mit jeweils 2 wöchentlichen Zugängen in Hafling und Vöran
Lana-circondario Ambito territoriale: Lana, Tesimo, Cermes, Postal, Gargazzone, Senale-S.Felice	1 posto con almeno 2 accessi settimanali in Senale – S.Felice	Lana-Umgebung Lana, Tisens, Tschermes, Burgstall, Gargazon, Unsere Ib. Frau im Walde-St. Felix	1 Stelle mit mindestens 2 wöchentlichen Zugängen in Unsere Ib. Frau im Walde – St-Felix
Passiria: Ambito territoriale: Moso, S. Leonardo e S. Martino/Pass.	1 posto a S. Martino/ Pass. (*)	Passeier: Einzugsgebiet: Moos, St. Leonhard und St. Martin/Pass.	1 Stelle in St. Martin/ Pass. (*)

(*) Questo posto viene bandito con riserva, in quanto il precedente provvedimento di copertura è ancora in corso.

(*) Diese Stelle wird mit Vorbehalt ausgeschrieben, weil das vorherige Besetzungsverfahren noch im Gange ist.

Per l'assegnazione dei posti nelle predette zone carenti, possono concorrere i medici che hanno i requisiti utili ai sensi dell'art. 15, comma 3, lettera a) e b) del vigente Accordo Provinciale.

Für die Zuweisung der Stellen in den obgenannten unterversorgten Gebieten können sich die Ärzte bewerben, die die Voraussetzungen laut Art. 15, Absatz 3, Buchstabe a) und b) des Vertrages auf Landesebene, erfüllen.

I moduli per la presentazione delle domande di copertura delle zone carenti possono essere ritirati o chiesti presso la segreteria della ripartizione territorio e gestione prestazioni sanitarie del Compensorio Sanitario di Merano, 39012 Merano, Via Karl Wolf 46, tel. 0473 264867, fax 0473 264877 oppure scaricati dal sito internet del Compensorio Sanitario di Merano (www.as-merano.it).

Die Vordrucke für die Einreichung der Gesuche für die Besetzung der freien Stellen liegen im Sekretariat der Abteilung für Territorium und Verwaltung der Gesundheitsleistungen des Gesundheitsbezirkes Meran, Karl Wolfstraße 46, 39012 Meran, Tel. 0473 264867, Fax 0473 264877 auf, oder können vom Internetportal des Gesundheitsbezirkes Meran herunter geladen werden (www.sb-meran.it).

Orario d' apertura:

Dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 12.00.

Öffnungszeiten:

Montag bis Freitag von 8.00 bis 12.00 Uhr.

La Direttrice del Compensorio Sanitario
Dr. Irene Pechlaner

Die Direktorin des Gesundheitsbezirkes
Dr. Irene Pechlaner

Bestimmungen gleichwertigen Fächern _____

erlangt am _____ an der Universität von _____

Facharztausbildung oder freie Dozentur in Allgemeinmedizin im Sinne der geltenden

Bestimmungen verwandten Fächern _____

erlangt am _____ an der Universität von _____

Die/der Unterfertigte erklärt außerdem, die beiliegende Informationserklärung, welche laut Anhang G des Vertrages auf Landesebene für die Regelung der Beziehungen mit den Ärzten für Allgemeinmedizin vorgesehen ist, sorgfältig in all ihren Teilen ausgefüllt zu haben.

Anlagen:

- Erklärung laut Art. 15, Absatz 5, des Landesabkommens für die Ärzte für Allgemeinmedizin (Anhang G);
- Erklärung der Diensttitel (Anhang H);
- _____ (Anzahl) Dokumente über die erworbenen Titel, die für die Erstellung der Rangordnung nützlich sein können;
- _____

Sie/er ersucht eventuelle Mitteilungen an folgende Adresse zu schicken:

c/o _____ Gemeinde _____ Prov. _____

Straße _____ Nr. _____ Postleitzahl

--	--	--	--	--

E-Mail _____

Ort und Datum

Unterschrift

Unterschrift im Beisein der/des Beamtin/Beamten

Die Erklärung kann, zusammen mit einer Fotokopie eines Erkennungsdokumentes, unterschrieben eingereicht werden.

WICHTIGE HINWEISE

-Die Dokumente, die die erklärten Titel nachweisen, müssen im Sinne der geltenden gesetzlichen Bestimmungen in Original oder beglaubigter Abschrift abgefasst sein und dem Gesetz über die Stempelgebühren entsprechen.

-Die beigelegten Dokumente müssen eine Bewertung zulassen. Dokumente, aus denen keine Bewertungsdaten hervorgehen, oder obwohl vom Arzt angeführt, nicht aufscheinen, werden nicht berücksichtigt.

-Um die Kontrollen über den Wahrheitsgehalt der Ersatzurkunden des Notorietätsaktes zu beschleunigen, kann der Arzt eine Abschrift, auch nicht beglaubigt, der Dienstserklärungen übermitteln.

ERSATZERKLÄRUNG DES NOTORIETÄTSAKTES

(Art. 47 des D.P.R. Nr. 445 vom 28. Dezember 2000)

Die / Der unterfertigte Dr. _____

geboren in _____ Prov. _____ am _____

ERKLÄRT

gemäß Art. 47 des D.P.R. Nr. 445 vom 28. Dezember 2000, in Kenntnis der strafrechtlichen Verantwortung für falsche Erklärungen, Fälschung in den Akten oder Gebrauch von gefälschten Akten, laut Art. 76 des D.P.R. Nr. 445 vom 28. Dezember 2000, im Besitz folgender Dienstitel (Anhang H des des Vertrages auf Landesebene für die Ärzte für Allgemeinmedizin) zu sein:

- a) Tätigkeit als Vertragsarzt für die Grundversorgung im Sinne von Artikel 48 des Gesetzes 833/78 und von Artikel 8, Absatz 1, des Legislativdekrets Nr. 502/92 und von Artikel 7-bis des Landesgesetzes 26.08.1993, Nr. 14, einschließlich jener, die als Mitglied einer Ärztegemeinschaft abgewickelt wurde:

G.B. von bis
G.B. von bis
G.B. von bis
G.B. von bis

- Falls die Tätigkeit innerhalb der Provinz Bozen abgewickelt wurde im:

G.B. von bis
G.B. von bis
G.B. von bis
G.B. von bis

- b) Vertretungstätigkeit des mit dem Landesgesundheitsdienst oder dem staatlichen Gesundheitsdienst vertragsgebundenen Arztes für Grundversorgung nur bei mehr als 100 Versicherten und für Zeiträume von nicht weniger als 5 aufeinander folgenden Tagen (Die Vertretungen infolge von Gewerkschaftstätigkeit des Stelleninhabers werden auch für weniger als fünf Tage bewertet):

G.B. von bis
G.B. von bis
G.B. von bis
G.B. von bis

- c) effektiver Dienst mit unbefristeter oder befristeter Beauftragung in der Medizin der Dienste, oder, auch als Vertretung, in den Bereitschaftsdiensten und der Betreuungskontinuität und im „Dienst für Notfallmedizin auf dem Territorium“, abgewickelt in aktiver Form:

G.B. von bis
G.B. von bis
G.B. von bis
G.B. von bis

- d) programmierte Tätigkeit in den Diensten auf dem Territorium oder Bereitschaftsdienst oder Dienst für dringende Eingriffe auf dem Territorium in Form der Erreichbarkeit, im Sinne des gesamtstaatlichen oder des Landesabkommens:

G.B. von bis
G.B. von bis
G.B. von bis
G.B. von bis

- e) ärztliche Tätigkeit in den Diensten für saisonale Betreuung in den Touristengebieten, die von den Regionen, Provinzen, Betrieben oder Bezirken organisiert werden:

G.B. von bis
G.B. von bis
G.B. von bis
G.B. von bis

- f) Militärdienst (oder Ersatz-Zivildienst), auch als auszubildender Militärarzt und für höchstens 12 Monate, nach dem Erwerb des Doktorats in Medizin:
von bis
- g) freiwilliger Zivildienst aus humanitären Gründen oder Solidaritätsgründen, welcher nach der Erreichung des Doktorats in Medizin geleistet wurde:
von bis
- Zivildienst neben einer Beauftragung durch den Bezirk im Sinne dieses Abkommens und, jedenfalls nur für den Zeitraum der mit der Beauftragung zusammenfällt:
G.B. von bis
- h) Tätigkeit als Vertreter eines Basiskinderarztes mit wenigstens 70 Versicherten und für Zeiträume von nicht weniger als 5 aufeinander folgenden Tagen:
G.B. von bis
G.B. von bis
G.B. von bis
G.B. von bis
- i) Tätigkeit als Arzt für die Gesundheitsbetreuung in den Gefängnissen, sowohl bei unbefristeter als auch bei befristeter Beauftragung:
von bis
von bis
- j) Ambulatoriumsfacharzt im Fach interne Medizin und allgemeiner Ambulatoriumsarzt bei den ehemaligen Krankenkassen, allgemeiner Vertrauensarzt und Ambulatoriumsarzt, konventioniert mit dem Gesundheitsministerium für den Sanitätsdienst zu Gunsten des Schifffahrtspersonals:
von bis
von bis
- k) Tatsächlicher Dienst als Arzt für Grundversorgung, in der Betreuungskontinuität, im Dienst für dringende Eingriffe im Territorium, welcher im Sinne des Gesetzes vom 9. Februar 1979, Nr. 38, des Gesetzes vom 10. Juli 1960, Nr. 735, in geltender Fassung und des Ministerialdekrets vom 1. September 1988, Nr. 430 in den Staaten der Europäischen Union geleistet wurde:
von bis in
von bis in
von bis in
von bis in

Ort und Datum

Unterschrift

Unterschrift im Beisein der/des Beamtin/Beamten

Die Erklärung kann, zusammen mit einer Fotokopie eines Erkennungsdokumentes, unterschrieben eingereicht werden.

INFORMATIONSERKLÄRUNG
DICHIARAZIONE INFORMATIVA

ANHANG G (Art. 5 und 15)

ALLEGATO G (artt. 5 e 15)

Gesundheitsbezirk Brixen
Verwaltungsleitung des Territoriums
Romstraße 7
39042 Brixen

Comprensorio Sanitario di Bressanone
Dirigenza Amministrativa del Territorio
Via Roma 7
39042 Bressanone

**Ersatzerklärung laut Art. 46 und 47 des
D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000**

**Autocertificazione ai sensi degli artt. 46 e 47
del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000**

Die/Der Unterfertigte _____

La/Il sottoscritta/o _____

geb. in _____ am _____

nato/a a _____

wohnhaft in _____

residente in _____

Straße _____

Via _____

Nr. _____

n. _____

Steuernummer _____

Codice fiscale _____

Eingeschrieben bei der Ärzte- und
Zahnärztekammer der Provinz _____
unter Nr. _____

Iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli
Odontoiatri della Provincia di _____ al n.

e r k l ä r t

d i c h i a r a

im Sinne der Art. 46 und 47 des D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000 sich über die strafrechtliche Verantwortung laut Art. 76 des D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000 im Falle von unwahren Erklärungen und Gebrauch von falschen Akten im Klaren,

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, consapevole della responsabilità per le false dichiarazioni, la falsità negli atti o l'uso di atti falsi ai sensi dell'art. 76 dello stesso decreto,

1) Inhaber/in eines Dienstverhältnisses auf Vollzeit, auf Teilzeit, auf bestimmte Zeit, auch als provisorisch Beauftragter/e oder als Ersatz bei öffentlichen oder privaten Subjekten (2)
zu sein – nicht zu sein (1):

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):

Subjekt _____

Soggetto _____

Wochenstunden _____

Ore settimanali _____

Straße _____

Via _____

Gemeinde _____

Comune di _____

Art des Arbeitsverhältnisses _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Zeitraum ab: _____

Periodo dal: _____

- 2) Inhaber/in eines Auftrages als Arzt für allgemeine Medizin mit einer Höchstgrenze von Nr. _____ an Arztwahlen mit Bezug auf die monatliche Zusammenfassung des Monats _____ des Gesundheitsbezirkes _____
zu sein – nicht zu sein (1).
- 3) Inhaber/in eines Auftrages als Basiskinderarzt (**Vertrag auf Landesebene für die Regelung der Beziehungen mit den Basiskinderärzten (1)**) mit einer Höchstgrenze von Nr. _____ Arztwahlen **zu sein – nicht zu sein (1):**
Zeitraum: ab _____
- 4) Inhaber/in eines Auftrages **auf unbestimmte Zeit / auf bestimmte Zeit (1)** als interner Ambulatoriumsfacharzt (2) **zu sein – nicht zu sein (1):**
Betrieb _____
Fach _____
Wochenstunden _____
Betrieb _____
Fach _____
Wochenstunden _____
- 5) In die Verzeichnisse der außenkonventionierten Fachärzte (2) **eingetragen – nicht eingetragen zu sein (1):**
Provinz _____
Fach _____
Zeitraum ab: _____
- 6) Ein getrenntes Vertragsverhältnis im Sinne von Art. 8, Absatz 5, des Legislativdekretes Nr. 502/92 (2) **eingegangen – nicht eingegangen zu sein (1):**
Betrieb _____
Straße _____
Art der Tätigkeit _____
Zeitraum: ab _____
- 7) Inhaber/in eines Auftrages für den ärztlichen Bereitschaftsdienst, für die Betreuungskontinuität oder für die Notfallmedizin auf dem Territorium auf unbestimmte Zeit oder befristet in der Provinz _____ oder in einer anderen Region (2) **zu sein – nicht zu sein (1):**
Region _____
Betrieb _____
Wochenstunden _____
in aktiver Form – in Form der Erreichbarkeit (1).
- 2) **essere – non essere (1)** titolare di incarico come medico di medicina generale ai sensi dell'Accordo Provinciale con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte a carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ presso il Comprensorio Sanitario di _____
- 3) **essere – non essere (1)** titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta (**Accordo a livello provinciale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta (1)**) con massimale di n. _____ scelte
Periodo: dal _____
- 4) **essere – non essere (1)** titolare di incarico a **tempo indeterminato / a tempo determinato (1)** come specialista ambulatoriale convenzionato interno (2):
Azienda _____
Branca _____
Ore settimanali _____
Azienda _____
Branca _____
Ore settimanali _____
- 5) **essere – non essere (1)** iscritto/a 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, comma 5, Decreto Legislativo n. 502/92 (2):
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 nella Provincia _____ o in altra Regione (2):
Regione _____
Azienda _____
Ore settimanali _____
in forma attiva – in forma di disponibilità (1).

8) In den Kurs für Ausbildung in Allgemeinmedizin oder Spezialisierungskursen gemäß Landesgesetz vom 15.11.2002, Nr. 14 in die Spezialisierungskurse gemäß Legislativdekret Nr. 256/91, 257/91, Nr. 368/99 und Nr. 277/03 **eingeschrieben zu sein – nicht zu sein (1)**:

Bezeichnung des Kurses _____

Öffentliche Körperschaft, die ihn durchführt _____

Beginn: ab _____

Dauer: _____

9) Unter jedwedem Titel in konventionierten, oder akkreditierten privaten Einrichtungen, Anstalten oder Institutionen, die der Ermächtigung im Sinne des Art. 43 des Gesetzes 833/78 unterliegen; **tätig zu sein – nicht tätig zu sein (1)** (2):

Einrichtung _____

Wochenstunden _____

Straße _____

Gemeinde _____

Art der Tätigkeit _____

Art des Arbeitsverhältnisses _____

Zeitraum: ab _____

10) Unter jedwedem Titel in nicht konventionierten, oder nicht akkreditierten und der Ermächtigung im Sinne des Art. 43 des Gesetzes 833/78 unterworfenen privaten Einrichtungen, Anstalten und Institutionen, **tätig zu sein – nicht tätig zu sein (1)** (2):

Einrichtung _____

Wochenstunden _____

Straße _____

Gemeinde _____

Art der Tätigkeit _____

Art des Arbeitsverhältnisses _____

Zeitraum: ab _____

11) Die Funktion eines Fabriksarztes (2) oder eines zuständigen Arztes im Sinne des Gesetzes 626/93 **auszuüben – nicht auszuüben (1)**:

Betrieb _____

Wochenstunden _____

Straße _____

Gemeinde _____

Zeitraum: ab _____

12) Für das N.I.S.F. oder den Gesundheitsbezirk, bei dem er eingeschrieben ist, im Gebiet, in welchem er Arztwahlen erhalten kann, kontrollärztliche Tätigkeiten **durchzuführen – nicht durchführen (1)** (2):

Betrieb _____

Gemeinde _____

Zeitraum: ab _____

8) **essere – non essere (1)** iscritto a corso di formazione in medicina generale di cui alla legge provinciale 15.11.2002, n. 14, ed ai corsi di specializzazione di cui ai Decreti Legislativi n. 256/91, n. 257/91, n. 368/99 e n. 277/03:

Denominazione del corso _____

Soggetto pubblico organizzatore _____

Inizio: dal _____

Durata: _____

9) **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):

Struttura _____

Ore settimanali _____

Via _____

Comune _____

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 Legge 833/78: (2):

Struttura _____

Ore settimanali _____

Via _____

Comune _____

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 settimanali _____

Via _____

Comune _____

Periodo: dal _____

12) **svolgere – non svolgere (1)** per conto dell'I.N.P.S. o di un Comprensorio Sanitario funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)

Azienda _____

Comune _____

Periodo: dal _____

13) Jedwede direkte oder indirekte Art Mitinteressenschaft mit jedwedem Interessensverhältnis bei Privatkrankenhäusern und pharmazeutischen Industrien **zu haben – nicht zu haben (1)** (2):

Zeitraum: ab _____

14) Inhaber/in oder Teilhaber/in von Unternehmen **zu sein – nicht zu sein (1)**, die Interessenskonflikte mit dem Vertragsverhältnis mit dem Gesundheitsdienst in sich haben können:

15) Die ordentliche Behandlung oder die Behandlung wegen permanenter Invalidität von Seiten des zuständigen Fürsorgefonds gemäß Dekret des Ministeriums für Arbeit und Sozialfürsorge vom 14.10.1976 **zu beziehen – nicht zu beziehen (1)**:

Zeitraum: ab _____

16) Andere Tätigkeiten außer den oben angeführten bei öffentlichen oder privaten Subjekten **abzuwickeln – nicht abzuwickeln (1)** (es ist jedwede Tätigkeit anzugeben, die in den vorhergehenden Punkten nicht enthalten ist, im negativen Fall ist „keine“ hinzuschreiben):

Zeitraum: ab _____

17) Inhaber/in eines Auftrages in der Medizin der Dienste oder in den programmierten Tätigkeiten auf dem Territorium auf bestimmte oder unbestimmte Zeit **zu sein – nicht zu sein (1)** (2):

Gesundheitsbezirk _____
Gemeinde _____
Art der Tätigkeit _____
Wochenstunden _____
Zeitraum: ab _____

18) Unter jedwedem Titel zugunsten jedwedem öffentlichen Subjekt (nicht zu berücksichtigen ist all das, was hinsichtlich der Dienstverhältnisse unter den Nummern 1, 2, 3 oder unter den Nummern 4, 5, 6 und 7 über Vertragsverhältnisse zu erklären ist) **tätig zu sein – nicht zu sein (1)**:

Körperschaft _____

Straße _____
Gemeinde _____
Art der Tätigkeit _____

Art des Arbeitsverhältnisses _____

Zeitraum: ab _____

13) **avere – non avere (1)** qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta a 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 che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario:

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 presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti, in caso negativo scrivere "nessuna"):

Periodo: dal _____

17) **essere – non essere (1)** titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate, a tempo determinato o a tempo indeterminato: (2):

Comprensorio Sanitario _____
Comune _____
Tipo di attività _____
Ore settimanali _____
Periodo: dal _____

18) **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 e 7):

Ente pubblico _____

Via _____
Comune di _____
Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

19) Nutznießer einer Pensionsbehandlung **zu sein** - **nicht zu sein** zu Lasten von **(1)** (2):

Zeitraum: ab _____

20) _____

Bemerkungen:

19) **essere - non essere (1)** titolare di trattamento di pensione a carico di (2):

Periodo: dal _____

20) _____

Note:

Ich erkläre, dass die oben angeführten Informationen der Wahrheit entsprechen:

Hochachtungsvoll

Unterschrift der/des Ärztin/Arztes

Datum _____

Aufklärung im Sinne des Datenschutzgesetzes (Legislativdekret Nr. 196 vom 30.06.2003, in geltender Fassung). Die vom Benutzer angegebenen Daten werden von der Verwaltung auch in digitaler Form verwendet und zwar insofern, dass sie zur Erreichung der institutionellen Zwecke dienen, dies unter Berücksichtigung der Vorschriften laut Legislativdekret Nr. 196/2003, in geltender Fassung. Der Benutzer hat das Recht laut Art. 7 des Legislativdekretes Nr. 196/2003 zu den eigenen Daten Zugang zu haben, deren Berichtigung, Ergänzung und, falls die Voraussetzungen des entsprechenden Gesetzes zutreffen, deren Streichung und Sperrung zu verlangen

(1) Den nicht zutreffenden Teil durchstreichen

(2) Die verlangten Informationen angeben, falls die Zeilen nicht ausreichen, die Zeilen am Ende des Blattes unter dem Teil: **"Bemerkungen"** verwenden.

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

Firma del medico

Data _____

Informativa ai sensi della legge sulla tutela dei dati personali (Decreto legislativo del 30.06.2003, n. 196 e successive modifiche). I dati forniti dall'utente verranno trattati dall'amministrazione, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto del Decreto legislativo 196/2003 e succ. modifiche. All'utente competono i diritti previsti dall'art. 7 del Decreto legislativo n. 196/2003, in particolare il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa in materia, la cancellazione ed il blocco degli stessi.

(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"**.

Die vorliegende Erklärung wurde im Sinne des Art. 38 des D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000:
Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, la presente dichiarazione è stata:

A) in meiner Anwesenheit von Frau/Herrn _____
unterzeichnet
sottoscritta in mia presenza dalla/dal Sig.ra/Sig.

identifiziert durch _____
identificata/o mediante

L'impiegata/o

Die/der Beamtin/Beamte /

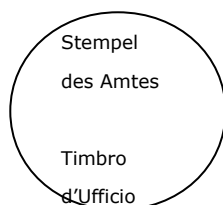
B) versehen mit der Kopie des folgenden gültigen Ausweises vorgelegt oder versandt:
consegnata o inviata per posta unitamente a copia fotostatica del seguente documento di
riconoscimento:

- | | | | | | | | |
|--------------------------|------------------|--------------------------|------------|--------------------------|------------------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | Ident. Karte | <input type="checkbox"/> | Reisepass | <input type="checkbox"/> | Führerschein | <input type="checkbox"/> | andere |
| | Carta d'identità | | passaporto | | patenti di guida | | altri |

ausgestellt von _____ am _____
rilasciato da _____ in data _____

L'impiegata/o

Die/der Beamtin/Beamte /



- di essere in possesso dei seguenti titoli accademici e di studio:

specializzazione o libera docenza in medicina generale o discipline equipollenti:

conseguita il

presso l'Università di

specializzazione o libera docenza in discipline affini a quella di medicina generale:

conseguita il

presso l'Università di

La/il sottoscritta/o dichiara inoltre di aver compilato, in modo preciso ed in tutte le sue parti l'allegata dichiarazione informativa, allegato G, prevista dall'accordo a livello provinciale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Allegati:

- Dichiarazione di cui all'art. 15, comma 5, dell'accordo provinciale per i medici di medicina generale (allegato G);
- Dichiarazione dei titoli di servizio (allegato H);
- n. ____ documenti relativi ai titoli in suo possesso - valutabili ai fini della graduatoria

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

c/o _____ Comune _____ Prov. _____

Via _____ Nr. _____ CAP

--	--	--	--	--

e-mail _____

luogo e data

La/il dichiarante

Firma apposta in presenza della/del dipendente
addetta/o

La dichiarazione può essere spedita o presentata già firmata dal dichiarante unitamente a fotocopia di un valido documento di identità.

AVVERTENZE IMPORTANTI

-I documenti comprovanti il possesso dei titoli dichiarati devono essere in originale o copia autentica, in regola con le norme sull'imposta di bollo, secondo le disposizioni di legge vigenti.

-La documentazione allegata deve essere tale da poterne consentire la valutazione, non si terrà conto di documentazione dalla quale non è possibile dedurre i dati di valutazione o di dichiarazioni del medico senza gli allegati necessari.

-Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità della dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio, il medico può trasmettere una copia fotostatica, anche non autenticata, dei certificati di servizio.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

La/il sottoscritta/o Dr. _____

nata/o a _____ il _____

DICHIARA

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità penale per le false dichiarazioni, la falsità negli atti o l'uso di atti falsi ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, di essere in possesso dei seguenti titoli di servizio (allegato H dell'accordo a livello provinciale per i medici di medicina generale):

- a) Attività di medico di assistenza primaria convenzionato ai sensi dell'articolo 48 della legge 833/78 e dell'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo n. 502/92 e dell'articolo 7-bis della legge provinciale 26.08.1993 n. 14, compresa quella svolta in qualità di:

C.S. dal al

C.S. dal al

C.S. dal al

C.S. dal al

Attività svolta nell'ambito della provincia di Bolzano presso

C.S. dal al

- C.S. dal al

C.S. dal al

C.S. dal al

- b) attività di sostituzione del medico di assistenza primaria convenzionato con il servizio sanitario nazionale o provinciale solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi. (Le sostituzioni dovute ad attività sindacale del titolare sono valutate anche se di durata inferiore a 5 giorni):

dal al

dal al

dal al

dal al

- c) servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o determinato nella medicina dei servizi o svolto, anche a titolo di sostituzione, nei servizi di guardia medica e di continuità assistenziale e nell'emergenza sanitaria territoriale, in forma attiva: per ogni mese ragguagliato a 96 ore di attività:

C.S. dal al

C.S. dal al

C.S. dal al

C.S. dal al

- d) attività programmata nei servizi territoriali o di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale in forma di reperibilità, ai sensi dell'accordo nazionale o provinciale: per ogni mese ragguagliato a 96 ore di attività:

C.S. dal al

C.S. dal al

C.S. dal al

C.S. dal al

- e) attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni, Province, dalle Aziende o dai Comprensori:

C.S. dal al

C.S. dal al

C.S. dal al

C.S. dal al

f) servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) anche in qualità di Ufficiale Medico di complemento e per un massimo di 12 mesi, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina:
dal al

g) servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina:
dal al

Servizio civile svolto in concomitanza di incarico conferito dal Comprensorio ai sensi del presente Accordo e, comunque solo per il periodo concomitante con tale incarico.

C.S. dal al

h) attività di sostituzione di medico pediatra di libera scelta se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni consecutivi:

C.S. dal al

C.S. dal al

C.S. dal al

C.S. dal al

i) Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria nelle carceri, sia a tempo indeterminato che di sostituzione:

dal al

dal al

j) medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna e medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici, medico generico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato con il Ministero della sanità per il servizio di assistenza sanitaria ai naviganti:

dal al

dal al

k) servizio effettivo di medico di assistenza primaria, nella continuità assistenziale, di emergenza territoriale, svolto in paesi dell'Unione Europea, ai sensi della legge 9 febbraio 1979 n. 38, della legge 10 luglio 1960 n. 735 e successive modificazioni ed integrazioni e del decreto ministeriale 1° settembre 1988 n. 430:

dal al

dal al

luogo e data

La/il dichiarante

Firma apposta in presenza della/del dipendente
addetta/o

La dichiarazione può essere spedita o presentata già firmata dal dichiarante unitamente a fotocopia di un valido documento di identità.

INFORMATIONSERKLÄRUNG
DICHIARAZIONE INFORMATIVA

ANHANG G (Art. 5 und 15)

ALLEGATO G (artt. 5 e 15)

Gesundheitsbezirk Brixen
Verwaltungsleitung des Territoriums
Romstraße 7
39042 Brixen

Comprensorio Sanitario di Bressanone
Dirigenza Amministrativa del Territorio
Via Roma 7
39042 Bressanone

**Ersatzerklärung laut Art. 46 und 47 des
D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000**

**Autocertificazione ai sensi degli artt. 46 e 47
del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000**

Die/Der Unterfertigte _____

La/Il sottoscritta/o _____

geb. in _____ am _____

nata/o a _____

wohnhaft in _____

residente in _____

Straße _____

Via _____

Nr. _____

n. _____

Steuernummer _____

Codice fiscale _____

Eingeschrieben bei der Ärzte- und
Zahnärztekammer der Provinz _____
unter Nr. _____

Iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli
Odontoiatri della Provincia di _____ al n.

e r k l ä r t

d i c h i a r a

im Sinne der Art. 46 und 47 des D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000 sich über die strafrechtliche Verantwortung laut Art. 76 des D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000 im Falle von unwahren Erklärungen und Gebrauch von falschen Akten im Klaren,

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, consapevole della responsabilità per le false dichiarazioni, la falsità negli atti o l'uso di atti falsi ai sensi dell'art. 76 dello steso decreto,

1) Inhaber/in eines Dienstverhältnisses auf Vollzeit, auf Teilzeit, auf bestimmte Zeit, auch als provisorisch Beauftragter/e oder als Ersatz bei öffentlichen oder privaten Subjekten (2)
zu sein – nicht zu sein (1):

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):

Subjekt _____

Soggetto _____

Wochenstunden _____

Ore settimanali _____

Straße _____

Via _____

Gemeinde _____

Comune di _____

Art des Arbeitsverhältnisses _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Zeitraum ab: _____

Periodo dal: _____

- 2) Inhaber/in eines Auftrages als Arzt für allgemeine Medizin mit einer Höchstgrenze von Nr. _____ an Arztwahlen mit Bezug auf die monatliche Zusammenfassung des Monats _____ des Gesundheitsbezirkes _____
zu sein – nicht zu sein (1).
- 3) Inhaber/in eines Auftrages als Basiskinderarzt (**Vertrag auf Landesebene für die Regelung der Beziehungen mit den Basiskinderärzten (1)**) mit einer Höchstgrenze von Nr. _____ Arztwahlen **zu sein – nicht zu sein (1):**
Zeitraum: ab _____
- 4) Inhaber/in eines Auftrages **auf unbestimmte Zeit / auf bestimmte Zeit (1)** als interner Ambulatoriumsfacharzt (2) **zu sein – nicht zu sein (1):**
Betrieb _____
Fach _____
Wochenstunden _____
Betrieb _____
Fach _____
Wochenstunden _____
- 5) In die Verzeichnisse der außenkonventionierten Fachärzte (2) **eingetragen – nicht eingetragen zu sein (1):**
Provinz _____
Fach _____
Zeitraum ab: _____
- 6) Ein getrenntes Vertragsverhältnis im Sinne von Art. 8, Absatz 5, des Legislativdekretes Nr. 502/92 (2) **eingegangen – nicht eingegangen zu sein (1):**
Betrieb _____
Straße _____
Art der Tätigkeit _____
Zeitraum: ab _____
- 7) Inhaber/in eines Auftrages für den ärztlichen Bereitschaftsdienst, für die Betreuungskontinuität oder für die Notfallmedizin auf dem Territorium auf unbestimmte Zeit oder befristet in der Provinz _____ oder in einer anderen Region (2) **zu sein – nicht zu sein (1):**
Region _____
Betrieb _____
Wochenstunden _____
in aktiver Form – in Form der Erreichbarkeit (1).
- 2) **essere – non essere (1)** titolare di incarico come medico di medicina generale ai sensi dell'Accordo Provinciale con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte a carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ presso il Comprensorio Sanitario di _____
- 3) **essere – non essere (1)** titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta (**Accordo a livello provinciale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta (1)**) con massimale di n. _____ scelte
Periodo: dal _____
- 4) **essere – non essere (1)** titolare di incarico a **tempo indeterminato / a tempo determinato (1)** come specialista ambulatoriale convenzionato interno (2):
Azienda _____
Branca _____
Ore settimanali _____
Azienda _____
Branca _____
Ore settimanali _____
- 5) **essere – non essere (1)** iscritto/a 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, comma 5, Decreto Legislativo n. 502/92 (2):
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 nella Provincia _____ o in altra Regione (2):
Regione _____
Azienda _____
Ore settimanali _____
in forma attiva – in forma di disponibilità (1).

8) In den Kurs für Ausbildung in Allgemeinmedizin oder Spezialisierungskursen gemäß Landesgesetz vom 15.11.2002, Nr. 14 in die Spezialisierungskurse gemäß Legislativdekret Nr. 256/91, 257/91, Nr. 368/99 und Nr. 277/03 **eingeschrieben zu sein – nicht zu sein (1)**:

Bezeichnung des Kurses _____

Öffentliche Körperschaft, die ihn durchführt _____

Beginn: ab _____

Dauer: _____

9) Unter jedwedem Titel in konventionierten, oder akkreditierten privaten Einrichtungen, Anstalten oder Institutionen, die der Ermächtigung im Sinne des Art. 43 des Gesetzes 833/78 unterliegen; **tätig zu sein – nicht tätig zu sein (1)** (2):

Einrichtung _____

Wochenstunden _____

Straße _____

Gemeinde _____

Art der Tätigkeit _____

Art des Arbeitsverhältnisses _____

Zeitraum: ab _____

10) Unter jedwedem Titel in nicht konventionierten, oder nicht akkreditierten und der Ermächtigung im Sinne des Art. 43 des Gesetzes 833/78 unterworfenen privaten Einrichtungen, Anstalten und Institutionen, **tätig zu sein – nicht tätig zu sein (1)** (2):

Einrichtung _____

Wochenstunden _____

Straße _____

Gemeinde _____

Art der Tätigkeit _____

Art des Arbeitsverhältnisses _____

Zeitraum: ab _____

11) Die Funktion eines Fabriksarztes (2) oder eines zuständigen Arztes im Sinne des Gesetzes 626/93 **auszuüben – nicht auszuüben (1)**:

Betrieb _____

Wochenstunden _____

Straße _____

Gemeinde _____

Zeitraum: ab _____

12) Für das N.I.S.F. oder den Gesundheitsbezirk, bei dem er eingeschrieben ist, im Gebiet, in welchem er Arztwahlen erhalten kann, kontrollärztliche Tätigkeiten **durchzuführen – nicht durchführen (1)** (2):

Betrieb _____

Gemeinde _____

Zeitraum: ab _____

8) **essere – non essere (1)** iscritto a corso di formazione in medicina generale di cui alla legge provinciale 15.11.2002, n. 14, ed ai corsi di specializzazione di cui ai Decreti Legislativi n. 256/91, n. 257/91, n. 368/99 e n. 277/03:

Denominazione del corso _____

Soggetto pubblico organizzatore _____

Inizio: dal _____

Durata: _____

9) **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):

Struttura _____

Ore settimanali _____

Via _____

Comune _____

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 Legge 833/78: (2):

Struttura _____

Ore settimanali _____

Via _____

Comune _____

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 settimanali _____

Via _____

Comune _____

Periodo: dal _____

12) **svolgere – non svolgere (1)** per conto dell'I.N.P.S. o di un Comprensorio Sanitario funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)

Azienda _____

Comune _____

Periodo: dal _____

13) Jedwede direkte oder indirekte Art Mitinteressenschaft mit jedwedem Interessensverhältnis bei Privatkrankenhäusern und pharmazeutischen Industrien **zu haben – nicht zu haben (1)** (2):

Zeitraum: ab _____

14) Inhaber/in oder Teilhaber/in von Unternehmen **zu sein – nicht zu sein (1)**, die Interessenskonflikte mit dem Vertragsverhältnis mit dem Gesundheitsdienst in sich haben können:

15) Die ordentliche Behandlung oder die Behandlung wegen permanenter Invalidität von Seiten des zuständigen Fürsorgefonds gemäß Dekret des Ministeriums für Arbeit und Sozialfürsorge vom 14.10.1976 **zu beziehen – nicht zu beziehen (1)**:

Zeitraum: ab _____

16) Andere Tätigkeiten außer den oben angeführten bei öffentlichen oder privaten Subjekten **abzuwickeln – nicht abzuwickeln (1)** (es ist jedwede Tätigkeit anzugeben, die in den vorhergehenden Punkten nicht enthalten ist, im negativen Fall ist „keine“ hinzuschreiben):

Zeitraum: ab _____

17) Inhaber/in eines Auftrages in der Medizin der Dienste oder in den programmierten Tätigkeiten auf dem Territorium auf bestimmte oder unbestimmte Zeit **zu sein – nicht zu sein (1)** (2):

Gesundheitsbezirk _____
Gemeinde _____
Art der Tätigkeit _____
Wochenstunden _____
Zeitraum: ab _____

18) Unter jedwedem Titel zugunsten jedwedem öffentlichen Subjekt (nicht zu berücksichtigen ist all das, was hinsichtlich der Dienstverhältnisse unter den Nummern 1, 2, 3 oder unter den Nummern 4, 5, 6 und 7 über Vertragsverhältnisse zu erklären ist) **tätig zu sein – nicht zu sein (1)**:

Körperschaft _____

Straße _____
Gemeinde _____
Art der Tätigkeit _____

Art des Arbeitsverhältnisses _____

Zeitraum: ab _____

13) **avere – non avere (1)** qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta a 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 che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario:

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 presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti, in caso negativo scrivere "nessuna"):

Periodo: dal _____

17) **essere – non essere (1)** titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate, a tempo determinato o a tempo indeterminato: (2):

Comprensorio Sanitario _____
Comune _____
Tipo di attività _____
Ore settimanali _____
Periodo: dal _____

18) **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 e 7):

Ente pubblico _____

Via _____
Comune di _____
Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

19) Nutznießer einer Pensionsbehandlung **zu sein** - **nicht zu sein** zu Lasten von **(1)** (2):

Zeitraum: ab _____

20) _____

Bemerkungen:

19) **essere - non essere (1)** titolare di trattamento di pensione a carico di (2):

Periodo: dal _____

20) _____

Note:

Ich erkläre, dass die oben angeführten Informationen der Wahrheit entsprechen:

Hochachtungsvoll

Unterschrift der/des Ärztin/Arztes

Datum _____

Aufklärung im Sinne des Datenschutzgesetzes (Legislativdekret Nr. 196 vom 30.06.2003, in geltender Fassung). Die vom Benutzer angegebenen Daten werden von der Verwaltung auch in digitaler Form verwendet und zwar insofern, dass sie zur Erreichung der institutionellen Zwecke dienen, dies unter Berücksichtigung der Vorschriften laut Legislativdekret Nr. 196/2003, in geltender Fassung. Der Benutzer hat das Recht laut Art. 7 des Legislativdekretes Nr. 196/2003 zu den eigenen Daten Zugang zu haben, deren Berichtigung, Ergänzung und, falls die Voraussetzungen des entsprechenden Gesetzes zutreffen, deren Streichung und Sperrung zu verlangen

(1) Den nicht zutreffenden Teil durchstreichen

(2) Die verlangten Informationen angeben, falls die Zeilen nicht ausreichen, die Zeilen am Ende des Blattes unter dem Teil: **"Bemerkungen"** verwenden.

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

Firma del medico

Data _____

Informativa ai sensi della legge sulla tutela dei dati personali (Decreto legislativo del 30.06.2003, n. 196 e successive modifiche). I dati forniti dall'utente verranno trattati dall'amministrazione, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto del Decreto legislativo 196/2003 e succ. modifiche. All'utente competono i diritti previsti dall'art. 7 del Decreto legislativo n. 196/2003, in particolare il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa in materia, la cancellazione ed il blocco degli stessi.

(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"**.

Die vorliegende Erklärung wurde im Sinne des Art. 38 des D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000:
Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, la presente dichiarazione è stata:

C) in meiner Anwesenheit von Frau/Herrn _____ unterzeichnet
sottoscritta in mia presenza dalla/dal Sig.ra/Sig.

identifiziert durch _____
identificata/o mediante

Die/der Beamtin/Beamte / L'impiegata/o

D) versehen mit der Kopie des folgenden gültigen Ausweises vorgelegt oder versandt:
consegnata o inviata per posta unitamente a copia fotostatica del seguente documento di
riconoscimento:

- | | | | | | | | |
|--------------------------|------------------|--------------------------|------------|--------------------------|------------------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | Ident. Karte | <input type="checkbox"/> | Reisepass | <input type="checkbox"/> | Führerschein | <input type="checkbox"/> | andere |
| | Carta d'identità | | passaporto | | patenti di guida | | altri |

ausgestellt von _____ am _____
rilasciato da _____ in data _____

Die/der Beamtin/Beamte / L'impiegata/o

