

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

All'Azienda unità sanitaria locale n. 6
 Servizio dipartimentale medicina di base
 Via La Loggia n. 5, edificio 38
 90129 PALERMO

Il sottoscritto dott. _____
 nato a _____ il _____
 residente a _____ c.a.p. _____
 via _____
 tel. _____ cell. _____ titolare di
 incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale presso l'Azienda unità sanitaria locale n. _____
 di _____ della Regione _____,
 laureato il _____ con voto _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 2, lett. a), dell'Accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale 23 marzo 2005, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale, pubblicati nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana n. _____ del _____ individuati all'1 settembre 2008, presso le sotto indicate aziende unità sanitarie locali:

- Azienda unità sanitaria locale n. _____ di _____;
- Azienda unità sanitaria locale n. _____ di _____;
- Azienda unità sanitaria locale n. _____ di _____;
- Azienda unità sanitaria locale n. _____ di _____;
- Azienda unità sanitaria locale n. _____ di _____;
- Azienda unità sanitaria locale n. _____ di _____;
- Azienda unità sanitaria locale n. _____ di _____;
- Azienda unità sanitaria locale n. _____ di _____;

ACCLUDE

- documentazione o dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il possesso dei requisiti per concorrere al trasferimento e l'anzianità di incarico (allegato A1);
- dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato C);
- copia fotostatica di un documento di identità.

Data _____

Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto dott. _____
 nato a _____ il _____
 ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa,

DICHIARA

a) di essere titolare di incarico di continuità assistenziale presso l'Azienda unità sanitaria locale n. _____ di _____ dal _____;

b) di vantare un'anzianità complessiva di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale pari a mesi _____, e precisamente:

dal _____ al _____ presso Azienda unità sanitaria locale di _____ Regione _____;

dal _____ al _____ presso Azienda unità sanitaria locale di _____ Regione _____;

dal _____ al _____ presso Azienda unità sanitaria locale di _____ Regione _____;

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

Data _____

Firma (2)

(1) Ai sensi dell'art. 76, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000, «*chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia*».

(2) Ai sensi dell'art. 38, comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, 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 CONTINUITA' ASSISTENZIALE
(per graduatoria)

All'Azienda unità sanitaria locale n. 6
 Servizio dipartimentale medicina di base
 Via La Loggia n. 5, edificio 38
 90129 PALERMO

Il sottoscritto dott. _____
 nato a _____ il _____
 residente a _____ c.a.p. _____
 via _____
 tel. _____ cell. _____ inserito
 nella graduatoria di settore per la continuità assistenziale della Regione siciliana valida per l'anno 2008 con
 punti _____ laureato il _____ con voto _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 2, lett. b), dell'Accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale 23 marzo 2005, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale, pubblicati nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana n. _____ del _____ individuati all'1 settembre 2008, presso le sotto indicate aziende unità sanitarie locali:

- Azienda unità sanitaria locale n. _____ di _____;
- Azienda unità sanitaria locale n. _____ di _____;
- Azienda unità sanitaria locale n. _____ di _____;
- Azienda unità sanitaria locale n. _____ di _____;
- Azienda unità sanitaria locale n. _____ di _____;

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto all'art. 16, commi 7 e 9, Accordo collettivo nazionale 23 marzo 2005, di poter accedere alla riserva di assegnazione come appresso indicato:

- riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al decreto legislativo n. 256/91 e delle corrispondenti norme dei decreti legislativi n. 368/99 e n. 277/2003;
- riserva per i medici in possesso del titolo equipollente.

ACCLUDE

- Certificato storico di residenza o autocertificazione di residenza storica (allegato B1);
- Attestato di formazione in medicina generale (solo per coloro che abbiano conseguito l'attestato dopo la scadenza del termine di presentazione della domanda di inserimento nella graduatoria regionale valida per il 2008) (31 gennaio 2007);
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato C);
- Copia fotostatica di un documento di identità.

Data _____

Firma

AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto dott. _____
nato a _____ il _____
inserito nella graduatoria regionale di settore per la continuità assistenziale della Regione siciliana valida
per l'anno 2008 con punti _____ ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, recante il
testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa,

DICHIARA

- a) di essere residente nel territorio della Regione siciliana dal _____;
b) di essere residente nell'ambito dell'Azienda unità sanitaria locale n. _____ di
_____ dal _____;

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

Data _____

Firma

(1) Ai sensi dell'art. 76, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000 «*chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia*».

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto dott. _____
nato a _____ il _____
ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa,

DICHIARA

- 1) essere/non essere titolare di incarico di continuità assistenziale presso la Regione _____
Azienda unità sanitaria locale n. _____ di _____ presidio _____ ore settimanali
n. _____;
- 2) essere/non essere titolare di incarico come medico di assistenza primaria presso l'Azienda unità sanitaria locale n. _____ di _____ ambito territoriale di _____ n. scelte _____;
- 3) essere/non essere titolare di incarico come medico specialista pediatra di libera scelta presso l'Azienda unità sanitaria locale n. _____ di _____ ambito territoriale di _____ n. scelte _____;
- 4) essere/non essere titolare di incarico a tempo determinato o indeterminato di emergenza sanitaria territoriale nella Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____;
- 5) 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 _____;
- 6) 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. _____;
- 7) 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, comma 5, decreto legislativo n. 502/92:
— provincia _____
Azienda _____
branca _____ dal _____;
- 8) essere/non essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al decreto legislativo n. 256/91 o a corsi di specializzazione di cui al decreto legislativo n. 257/91 e corrispondenti norme del decreto legislativo n. 368/99:
— denominazione del corso _____
soggetto che lo svolge _____ inizio dal _____;
- 9) operare/non operare a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le aziende ai sensi dell'art. 8 quinquies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:
— organismo _____ ore sett. _____ comune _____
_____ tipo di attività _____
_____ tipo di lavoro _____ dal _____;
- 10) operare/non operare a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 48 della legge n. 833/78:
— organismo _____ ore sett. _____ comune _____
_____ tipo di attività _____
_____ tipo di rapporto di lavoro _____ dal _____;

- 11) svolgere/non svolgere funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della legge n. 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;
- 15) fruire/non fruire del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14 ottobre 1976 del Ministero del lavoro e della previdenza sociale:
— _____
dal _____;
- 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)

Data _____

Firma (2)

(1) Ai sensi dell'art. 76, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000 «*chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia*».

(2) Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000, la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.