

**SCHEMA DI DOMANDA DI INSERIMENTO NEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI
PER LE CARENZE OPERATIVE PEDIATRICHE**
(la domanda deve essere presentata in bollo)

All'Assessorato alla Sanità
della Regione Piemonte
Settore Assistenza
Ospedaliera e Territoriale
Corso Regina Margherita 153 bis
10122 TORINO

Il sottoscritto dott.
nato a prov.il..... M F ... codice fiscale
Residente aProv.
viaCAP tel.
a far data dal A.S.L. di residenza
e residente nel territorio della Regione Piemonte dal inserito nella graduatoria
unica regionale di cui all'articolo 15 dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti
con i medici specialisti pediatri di libera scelta.

FA DOMANDA DI INSERIMENTO

nel sottoindicato ambito territoriale carente, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte
n. del....., ai sensi dell'art. 8, c. 4 degli Accordi Regionali per la Pediatria di
libera scelta e dell'art. 33 comma 2, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei
rapporti con i medici pediatri di libera scelta in vigore dal 15/12/2005.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(indicare i Comuni compresi nell'ambito)

A tal fine dichiara:
di essere incluso nella graduatoria regionale dei medici specialisti pediatri valida per l'anno 2008,
pubblicata sul B.U.R.P. n. 51 del 20 dicembre 2007 con punteggio

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato

c/o
ComuneCAPPro
indirizzo

Allegati n.

Data

Firma per esteso

**SCHEMA DI DOMANDA DI TRASFERIMENTO
 NEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI
 PER L'ASSISTENZA SPECIALISTICA PEDIATRICA
 DEI MEDICI CONVENZIONATI PROVENIENTI DA ALTRA REGIONE**
 (la domanda deve essere presentata in bollo)

All'Assessorato alla Sanità
 della Regione Piemonte
 Settore Assistenza
 Ospedaliera e Territoriale
 Corso Regina Margherita 153 bis
 10122 TORINO

Il sottoscritto dott.
 nato a
 prov.il..... M F codice fiscale
 Residente a Prov. via
 CAP tel..... a far data dal è residente nel
 territorio della Regione dal titolare di incarico a
 tempo indeterminato per l'assistenza specialistica pediatrica presso l'Azienda Sanitaria Locale n.
 della Regione dal
 e con anzianità complessiva di medico specialista pediatra
 convenzionato pari a mesi

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

nel sottoindicato ambito territoriale carente, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte
 n. del..... secondo quanto previsto dall'articolo 33, comma 2, lettera a)
 dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera
 scelta in vigore dal 15/12/2005 e dall'art. 8, c. 4 degli Accordi Regionali per la Pediatria di libera scelta

.....

(indicare i Comuni compresi nell'ambito)

Allega alla presente la documentazione e/o autocertificazione, dichiarazione sostitutiva di atto notorio atta a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'articolo 33, comma 2, lettera a) dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta. e dichiarazione dell'A.S.L. competente, che attesti l'anzianità complessiva di incarico come pediatra convenzionato.

Allegati n.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato

c/o

ComuneCAPPro

indirizzo

Data

Firma per esteso

**SCHEMA DI DOMANDA DI TRASFERIMENTO
 NEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI
 PER L'ASSISTENZA SPECIALISTICA PEDIATRICA
 DEI MEDICI CONVENZIONATI NELL'AMBITO DELLA REGIONE PIEMONTE**
 (la domanda deve essere presentata in bollo)

All'Assessorato alla Sanità
 della Regione Piemonte
 Settore Assistenza
 Ospedaliera e Territoriale
 Corso Regina Margherita 153 bis
 10122 TORINO

Il sottoscritto dott.
 nato a
 prov.il..... M F codice fiscale.....
 Residente a Prov. via
 CAP tel..... a far data dal è residente nel territorio
 della Regione Piemonte dal titolare di incarico a tempo indeterminato per
 l'assistenza specialistica pediatrica presso l'Azienda Sanitaria Locale n. della Regione
 Piemonte dal e con anzianità complessiva di medico specialista pediatra
 convenzionato pari a mesi

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

nel sottoindicato ambito territoriale carente, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte
 n. del secondo quanto previsto dall'articolo 33, comma 2, lettera a)
 dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera
 scelta in vigore dal 15/12/2005 e dall'art. 8, c. 4 degli Accordi Regionali per la Pediatria di libera scelta

(indicare i Comuni compresi nell'ambito)

atta a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'articolo 33, comma 2, lettera a) dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta e dichiarazione dell'A.S.L. competente, che attesti l'anzianità complessiva di incarico come pediatra convenzionato.

Allegati n.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato

c/o

ComuneCAPPro

indirizzo

Data

Firma per esteso

Allegato 1)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI
(Art. 46 D.P.R. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a

cognome.....nome

nato/a a.....(prov.....) il.....

residente in.....(prov.....)

a far data dal.....

via/corso.....n.

precedentemente residente nel Comune di.....(prov.....)

dal.....al.....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/2000

dichiara:

di essere residente nella Regione Piemonte dal.....

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e data

Firma del dichiarante

firma per esteso e leggibile

ALLEGATO 2)

Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196/2003 e in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo di quanto segue:

Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento da parte di questa Amministrazione della formazione della graduatoria delle zone carenti di Assistenza Specialistica Pediatrica e carenze operative;

Il trattamento viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici;

Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, in di caso di rifiuto, Ella non potrà essere inserito in detta graduatoria;

I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione;

L'art. 7 del citato D.Lgs. Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento;

Titolare del trattamento dei dati è l'Amministrazione Regionale.

NON SI AUTORIZZA FIRMA
(leggibile)

SI AUTORIZZA FIRMA
(leggibile)

DICHIARAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)
(art. 47 D.P.R. 445/2000)

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, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti,
richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/2000.

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 dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale in vigore dal 23/3/2005, con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ A.S.L.

3) - Essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta in vigore dal 15/12/2005, scelta 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)

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

A.S.L. _____ 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, Decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:

A.S.L. _____ Via _____ Tipo di attività _____

Periodo: dal _____

7) - essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuita' 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 disponibilita' (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. 369/98:

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 che abbiano accordi contrattuali con le aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del Decreto Legislativo n. 502/92 e successive modificazioni: (2)

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attivita' _____

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 attivita' _____

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 dell'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 partecipante di quote di imprese 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 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 o nelle attività territoriali programmate, a tempo determinato o 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: (2) _____

Periodo: dal _____

20) - 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"

(La sottoscrizione non va autenticata ai sensi dell'art. 38, del D.P.R. 445/2000).

PER RENDERE VALIDA LA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA E' SUFFICIENTE ALLEGARE LA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA'.