

A.S.L.	UNITA' ELEMENTARE CARENTE	N. POSTI CARENTI	Comuni Sedi di apertura dell'ambulatorio
<b>TO4</b>	Crescentino, Fontanetto, Lamporo, Verrua Savoia	1	
	Gassino, Castiglione, Cinzano, Rivalba, San Raffaele Cimena, Sciolze	1	
<b>A.S.L. VCO</b>	Arizzano, Aurano, Bee, Cambiasca, Caprezzo, Cossogno, Ghiffa, Intragna, Mergozzo, Miazzina, Oggebbio, Premeno, San Bernardino Verbano, Verbania, Vignone	2	
<b>CN1</b>	Acceglio, Busca, Canosio, Cartignano, Celle Macra, Dronero, Elva, Macra, Marmora, Prazzo, Roccabruna, S. Damiano Macra, Stroppio, Villar S. Costanzo.	1	
	Boves, Chiusa Pesio, Limone Piemonte, Peveragno, Robilante, Vernante	1	
	Carrù, Piozzo, Bastia M.vì, Cigliè, Clavesana, Rocca Cigliè, Magliano Alpi, Rocca de Baldi	1	
	Garessio, Alto, Briga Alta, Caprauna, Ormea, Priola,	1	
	Villanova Mondovì, Pianfei, Roccaforte Mondovì, Frabosa Sottana, Frabosa Soprana, Monastero Vasco	1	
	Ceva, Bagnasco, Battifollo, Castellino Tanaro, Castelnuovo di Ceva, Igliano, Lesegno, Lisio, Marsaglia, Mombasiglio, Montezemolo, Murazzano, Nucetto, Paroldo, Perlo, Priero, Roascio, Sale delle Langhe, Sale San Giovanni, Scagnello, Torresina, Viola	1	
<b>A.S.L. AT</b>	Agliano Terme, Belveglio, Castelnuovo Calcea, Mombercelli, Montaldo Scarampi, Montegrosso d'Asti, Vigliano d'Asti, Vinchio	1	

**SCHEMA DI DOMANDA DI INSERIMENTO NEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI PER L'ASSISTENZA PRIMARIA**

(la domanda deve essere presentata in bollo)

All'Assessorato alla Tutela  
della Salute e 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 ..... 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 di medicina generale approvato e reso esecutivo in data 23/3/2005.

**FA DOMANDA DI INSERIMENTO**

nel sottoindicato ambito territoriale carente, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della  
Regione Piemonte n. .... del....., secondo quanto previsto dall'articolo  
34, comma 2, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti  
con i medici di medicina generale.

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

(indicare i Comuni compresi nell'ambito)

A tal fine dichiara:  
di essere incluso nella graduatoria regionale dei medici generici valida per l'anno 2007  
pubblicata sul B.U.R.P. del 25 gennaio 2007, supplemento al numero 4, con punteggio  
.....

Indicare, gli altri ambiti territoriali per i quali ha presentato analoga domanda:

- A.S.L. n ..... di ..... ambito territoriale di .....
- A.S.L. n ..... di ..... ambito territoriale di .....
- A.S.L. n ..... di ..... ambito territoriale di .....
- A.S.L. n ..... di ..... ambito territoriale di .....
- A.S.L. n ..... di ..... ambito territoriale di .....
- A.S.L. n ..... di ..... ambito territoriale di .....

Chiede a tal fine in osservanza di quanto previsto dall'articolo 16, comma 7, 8 e 9 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, 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 all'art. 1, comma 2, e all'art. 2 comma 2, al D.L.vo 256/91 o 277/2003(articolo 16 comma 7, lettera a,)

riserva per i medici in possesso del titolo equipollente previsto dall'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale (articolo 16 comma 7, lettera b,)

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

la propria residenza

il domicilio sotto indicato

c/o .....Comune .....CAP .....Prov.....  
indirizzo .....

Allega alla presente, dichiarazione sostitutiva di atto notorio, Allegato 1) e Allegato 2).

Allegati n. ....

**Data**

**Firma per esteso**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SCHEMA DI DOMANDA DI TRASFERIMENTO  
NEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI PER L'ASSISTENZA PRIMARIA  
DEI MEDICI CONVENZIONATI PROVENIENTI DA ALTRA REGIONE**

(la domanda deve essere presentata in bollo)

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

Il sottoscritto dott.....  
nato a .....  
prov. ....il.....IM 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 primaria presso l'Azienda Sanitaria Locale n. .... della Regione  
..... dal ..... e con anzianità complessiva di assistenza primaria  
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 34,  
comma 2, lettera a) dell'Accordo collettivo nazionale per disciplina dei rapporti con i  
medici di medicina generale.

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

(indicare i Comuni compresi nell'ambito)

Indicare gli altri ambiti territoriali per i quali ha presentato analogha domanda:

- A.S.L. n ..... di ..... ambito territoriale di .....
- A.S.L. n ..... di ..... ambito territoriale di .....
- A.S.L. n ..... di ..... ambito territoriale di .....
- A.S.L. n ..... di ..... ambito territoriale di .....
- A.S.L. n ..... di ..... ambito territoriale di .....
- A.S.L. n ..... di ..... ambito territoriale di .....
- A.S.L. n ..... di ..... ambito territoriale di .....

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione, dichiarazione sostitutiva di atto notorio atta a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'articolo 34, comma 2, lettera a) dell'Accordo collettivo nazionale per disciplina de rapporti con i medici di medicina generale e dichiarazione dell'A.S.L. competente, che attesti l'anzianità complessiva di incarico in assistenza primaria.

Allegati n. ....

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

la propria residenza

il domicilio sotto indicato

c/o .....Comune .....CAP .....Prov.....

indirizzo .....

**Data**

**Firma per esteso**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SCHEMA DI DOMANDA DI TRASFERIMENTO  
NEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI PER L'ASSISTENZA PRIMARIA  
DEI MEDICI CONVENZIONATI NELL'AMBITO DELLA REGIONE PIEMONTE**

(la domanda deve essere presentata in bollo)

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

Il sottoscritto dott.....  
nato a .....  
prov. ....il.....IM IF 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 primaria presso l'Azienda Sanitaria Locale n. .... della Regione Piemonte dal  
..... e con anzianità complessiva di assistenza primaria 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 34,  
comma 2, lettera a) dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i  
medici di medicina generale

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

(indicare i Comuni compresi nell'ambito)

Indicare gli altri ambiti territoriali per i quali ha presentato analogha domanda:

- A.S.L. n ..... di ..... ambito territoriale di .....
- A.S.L. n ..... di ..... ambito territoriale di .....
- A.S.L. n ..... di ..... ambito territoriale di .....
- A.S.L. n ..... di ..... ambito territoriale di .....
- A.S.L. n ..... di ..... ambito territoriale di .....
- A.S.L. n ..... di ..... ambito territoriale di .....
- A.S.L. n ..... di ..... ambito territoriale di .....

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva di atto notorio, atta a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'articolo 34, comma 2, lettera a) dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale e dichiarazione dell'A.S.L. competente, che attesti l'anzianità complessiva di incarico in assistenza primaria.

Allegati n. ....

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

la propria residenza

il domicilio sotto indicato

c/o .....Comune .....CAP .....Prov.....

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 N. 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 Primaria;

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 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 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 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)

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 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 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 compartecipe 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 a: (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 \_\_\_\_\_

21) - essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale di cui all'art. 1, comma 2, e dell'art. 2, comma 2, del decreto legislativo 256/91.

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 D.P.R. 445/2000).

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