

**SCHEMA DI DOMANDA DI INSERIMENTO NEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI PER  
L'ASSISTENZA SPECIALISTICA PEDIATRICA  
(la domanda deve essere presentata in bollo)**

All'Assessorato alla Tutela della Salute  
e Sanità della Regione Piemonte  
Settore Assistenza Sanitaria 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 specialisti pediatri di  
libera scelta.

**FA DOMANDA DI INSERIMENTO**

nel sottoindicato ambito territoriale carente, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione  
Piemonte n. .... del....., secondo quanto previsto dall'articolo 33 comma 2,  
lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti  
pediatri di libera scelta in vigore dal 29/07/2009.

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

(indicare i Comuni compresi nell'ambito)

A tal fine dichiara:

di essere incluso nella graduatoria regionale dei medici specialisti pediatri valida per l'anno 2009,  
pubblicata sul B.U.R.P. n. 50 del 11 dicembre 2008 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 .....

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 certificato storico di residenza e/o autocertificazione, dichiarazione sostitutiva  
di atto notorio, Allegato 1) e Allegato 2).

Allegati n. ....

Data

Firma per esteso

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

All'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità  
della Regione Piemonte  
Settore Assistenza Sanitaria 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 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 29/07/2009.

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

(indicare i Comuni compresi nell'ambito)

A tal fine dichiara:

di essere incluso nella graduatoria regionale dei medici specialisti pediatri valida per l'anno 2009,  
pubblicata sul B.U.R.P. n. 50 del 11 dicembre 2008 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 .....

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 certificato storico di residenza e/o autocertificazione, 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 SPECIALISTICA PEDIATRICA  
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 Sanitaria Territoriale  
Corso Regina Margherita 153 bis  
10122 TORINO

Il sottoscritto dott. .... nato a ..... prov. .... il  
..... 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 a1) dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti  
pediatri di libera scelta in vigore dal 29/07/2009 e dall'art. 8, c. 4 degli Accordi Regionali per la  
Pediatria di libera scelta

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

(indicare i Comuni compresi nell'ambito)

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 .....

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 a1)  
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 ..... Comune ..... CAP .....Pro.....  
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 Tutela della Salute e Sanità  
della Regione Piemonte  
Settore Assistenza Sanitaria 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 29/07/2009 e dall'art. 8, c. 4 degli Accordi Regionali per la  
Pediatria di libera scelta

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

(indicare i Comuni compresi nell'ambito)

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 .....

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 ..... Comune ..... CAP ..... Pro.....  
indirizzo

.....

Data

Firma per esteso

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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*



## **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 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:

(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'.