

Comunicato dell'Assessorato alla Sanità, livelli essenziali di assistenza, edilizia sanitaria
Zone carenti per l'assistenza primaria dei medici di medicina generale - 1° semestre 2015.

La presente pubblicazione viene effettuata ai sensi degli artt. 33 e 34 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale approvato e reso esecutivo in data 29/07/2009, dell'Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale 2006 recepito con D.G.R. n. 28-2690 del 24/04/2006 e del Protocollo d'Intesa tra Regione e Organizzazioni sindacali della Medicina Generale siglato in data 11/04/2013.

POSSONO CONCORRERE AL CONFERIMENTO DEGLI INCARICHI NELLE ZONE CARENTI:

a) I medici inseriti in uno degli elenchi dei medici convenzionati per l'Assistenza Primaria della Regione Piemonte o di altra Regione, ancorché non abbiano fatto domanda di inserimento in Graduatoria Unica Regionale, a condizione che risultino iscritti, rispettivamente da almeno due anni e da almeno quattro anni nell'elenco di provenienza e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, ad eccezione dell'attività di Continuità Assistenziale.

Tale categoria di candidati concorrerà per trasferimento.

I candidati verranno graduati sulla base della complessiva anzianità convenzionale nell'Assistenza Primaria (maturata all'interno della Regione Piemonte e di altre Regioni). L'anzianità convenzionale deve essere calcolata a partire dall'effettiva iscrizione negli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza primaria (e non a partire dalla semplice accettazione dell'incarico), alla data di pubblicazione delle presenti zone carenti e da essa bisogna detrarre gli eventuali periodi di cessazione dell'incarico.

L'essere già convenzionato nell'Assistenza Primaria alla data di presentazione della domanda non consente di partecipare alla procedura di assegnazione delle carenze per graduatoria ma solo per trasferimento (Art. 15, c. 11 del vigente A.C.N.).

b) I medici inclusi nella Graduatoria Unica Regionale – area assistenza primaria valida per l'anno 2015, pubblicata sul B.U.R.P. n. 9 del 5/03/2015, supplemento 1, Sezione Autorizzazione o Concessione.

Tale categoria di candidati concorrerà per inserimento.

I candidati verranno graduati tra loro in base al punteggio totale. Il punteggio totale è dato dalla somma del punteggio riportato nella Graduatoria Unica Regionale e dei punteggi relativi alla residenza.

I punti relativi alla residenza sono:

- ✓ 20, se si è residenti all'interno del territorio regionale almeno dal 31/01/2012 ;
- ✓ 5, se si è residenti almeno dal 31/01/2012 all'interno di uno dei Comuni compresi nell'ambito territoriale per il quale si presenta domanda.

Si precisa che il requisito della residenza deve essere mantenuto fino all'attribuzione dell'incarico.

In caso di pari posizione, i medici verranno graduati ulteriormente nell'ordine di minore età, voto di laurea ed anzianità di laurea, considerati complessivamente. In caso di ulteriore pari merito, minore età, voto di laurea ed anzianità di laurea verranno considerati nell'ordine.

LE ASSEGNAZIONI DEGLI INCARICHI SEGUIRANNO LE SEGUENTI REGOLE:

o 1/3 dei posti di ciascuna ASL verrà assegnato a coloro che concorrono per trasferimento. I quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo si approssimeranno all'unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto in un'ASL, esso verrà assegnato al possessore del diritto di trasferimento. Nel caso in cui in un'ASL non siano presenti domande di trasferimento e nel caso in cui i medici in possesso di tale diritto non accettino gli incarichi, tali posti saranno assegnati ai candidati che concorrono per graduatoria. Il medico che concorre per trasferimento ha la priorità di scelta rispetto ai candidati che concorrono per graduatoria;

o I posti restanti verranno assegnati ai candidati che concorrono per inserimento. Di essi, il 67% verrà assegnato ai possessori di attestato specifico e il 33% ai possessori di titolo equipollente (C. 7, dell'art. 16, dell'ACN vigente). I quozienti frazionali derivanti dall'applicazione delle percentuali di riserva saranno approssimati all'unità più vicina. In caso di quoziente frazionale pari per entrambe le riserve, il relativo posto verrà assegnato alla riserva più bassa (ACN, art. 16, c. 11). Si sottolinea che, conformemente al Protocollo d'Intesa Regione - Organizzazioni sindacali della medicina generale, la suddivisione delle percentuali verrà effettuata sulla base dell'intero numero di carenze presenti nel territorio regionale e non sulla base del numero di carenze presenti in ogni ASL. Le assegnazioni procederanno in ordine decrescente di punteggio totale, indipendentemente dall'appartenenza all'una o all'altra categoria di candidati, ma solo fino al raggiungimento della percentuale spettante a ciascuna categoria. Se, una volta percorsa tutta la graduatoria, le percentuali di diritto non saranno state soddisfatte, la graduatoria verrà ripercorsa nuovamente e sarà consentito, solo a quel punto e sempre in ordine decrescente di punteggio totale, ai candidati appartenenti alla categoria non di diritto di concorrere oltre le percentuali.

L'ITER SARA' DEFINITO DALLE SEGUENTI FASI:

- 1) Pubblicazione dell'elenco delle zone carenti
- 2) Presentazione delle domande
- 3) Istruttoria delle domande presentate
- 4) Pubblicazione della graduatoria provvisoria, dalla quale i candidati avranno 30 giorni di tempo per presentare eventuali istanze di riesame
- 5) Pubblicazione della graduatoria definitiva
- 6) Convocazione dei candidati che concorrono per trasferimento
- 7) Convocazione dei candidati che concorrono per inserimento
- 8) Invio delle dichiarazioni di accettazione alle ASL
- 9) Eventuali altre successive convocazioni ad hoc nel caso in cui il medico che ha accettato l'incarico non abbia successivamente aperto lo studio

PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE:

I medici interessati al conferimento degli incarichi nelle zone carenti citate, dovranno presentare all'Assessorato alla Sanita', Livelli essenziali di assistenza, Edilizia sanitaria – Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali – Ufficio Zone Carenti di assistenza primaria - Corso Regina Margherita 153/bis - 10122 Torino, apposita domanda - in bollo da 16 euro – comprensiva della modulistica indicata ed allegata di seguito.

Ogni domanda dovrà essere spedita a mezzo raccomandata A.R., entro 15 giorni (farà fede il timbro postale di partenza) dalla presente pubblicazione. Nel caso in cui si rendesse necessario dimostrare

l'avvenuta spedizione, si suggerisce di conservare il tagliando che le Poste consegnano al momento della spedizione e la ricevuta di ritorno.

Si fa presente che è sufficiente presentare una sola domanda e che al suo interno bisogna indicare tutti gli ambiti territoriali per i quali si intenderà concorrere.

Le istanze possono essere inviate anche tramite PEC, nel rispetto dell'art. 65, comma 1, del decreto legislativo n. 82 del 2005, al seguente indirizzo di posta: sanita@cert.regione.piemonte.it.

Il pagamento dell'imposta di bollo deve essere effettuato con le modalità previste per i documenti informatici, prescritte dal decreto del Ministero dell'Economia e Finanze 23 gennaio 2004.

MODULISTICA DA ALLEGARE:

Per coloro che concorrono per trasferimento:

1) Domanda di trasferimento

2) (All. 2) Autorizzazione al trattamento dei dati personali.

La mancata presentazione di tale autorizzazione comporta l'impossibilità d'inserimento del nominativo nella graduatoria delle zone carenti di assistenza primaria.

3) (All. 3) Autocertificazione che attesti l'anzianità convenzionale totale (maturata all'interno e all'esterno della Regione Piemonte), corredata da eventuali cessazioni del servizio.

4) (All. 4) Atto notorio attestante se alla data di presentazione della domanda siano in atto eventuali posizioni di incompatibilità'.

L'atto notorio deve essere necessariamente compilato in tutte le sue parti, pena l'esclusione.

5) Fotocopia del documento d'identità.

Per coloro che concorrono per inserimento:

1) Domanda di inserimento

2) (All. 1) Dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa al possesso della residenza. In caso di indicazione del solo mese e anno, la decorrenza verrà valutata dall'ultimo giorno del mese indicato. In caso di indicazione del solo anno, la decorrenza verrà valutata al 31/12 dell'anno indicato.

La mancata presentazione di tale dichiarazione comporta l'impossibilità di attribuire i punteggi per la residenza.

3) (All. 2) Autorizzazione al trattamento dei dati personali.

La mancata presentazione di tale autorizzazione comporta l'impossibilità di inserimento del nominativo nella graduatoria delle zone carenti di assistenza primaria.

4) (All. 4) Atto notorio attestante se alla data di presentazione della domanda siano in atto eventuali posizioni di incompatibilità'.

L'atto notorio deve essere necessariamente compilato in tutte le sue parti, pena l'esclusione.

5) Fotocopia del documento d'identità

N.B. Nella domanda è necessario scrivere giorno, mese e anno di laurea. Per coloro che dovessero candidarsi a pari merito infatti, verrà fatto un confronto tra date di nascita, voti di laurea e anzianità di laurea. Per coloro che non hanno scritto in maniera completa la data, l'anzianità verrà valutata nel seguente modo:

○ Se si scrive solo l'anno di laurea, l'anzianità verrà valutata al 31/12 di quell'anno;

○ Se si scrive solo il mese e l'anno di laurea, l'anzianità verrà valutata all'ultimo giorno di quel mese, di quell'anno di laurea

SI RICHIEDE DI COMPILARE LA DOMANDA IN MANIERA COMPRENSIBILE

Tale pubblicazione costituisce notificazione ufficiale agli interessati ed alle Aziende Sanitarie Locali.

Il Direttore
Fulvio Moirano

Allegato

**ELENCO ZONE CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA – MEDICI DI MEDICINA
GENERALE – 1° SEMESTRE 2015**

A.S.L.	AMBITO TERRITORIALE CARENTE	NUMERO POSTI CARENTI	Comune sede di apertura obbligatoria dell'ambulatorio
TO1 e TO2	TORINO	5*	Torino
TO3	COLLEGNO, GRUGLIASCO	1	A scelta del medico
	BEINASCO	1	A Beinasco
	AVIGLIANA, BUTTIGLIERA ALTA, SANT'AMBROGIO DI TORINO	1	A scelta del medico
	BORGONE DI SUSÀ, SAN DIDERO, SANT'ANTONIO DI SUSÀ, VAIE, VILLAR FOCCHIARDO	1	A scelta del medico
	VENARIA REALE	1	A Venaria Reale
	DRUENTO, SAN GILLIO, GIVOLETTO, LA CASSA	3	A scelta del medico
	PIANEZZA	1	A Pianezza
	ALPIGNANO, VALDELLATORRE	1	A scelta del medico
	PINEROLO, PRAROSTINO, SAN PIETRO VALLEMINA, SAN SECONDO DI PINEROLO	2	A scelta del medico
	AIRASCA, CANTALUPA, CUMIANA, FROSSASCO, PISCINA, SCALENGHE, ROLETTO	1	A scelta del medico
TO4	SETTIMO TORINESE	2	A Settimo Torinese
	VOLPIANO, SAN BENIGNO CANAVESE	1	A scelta del medico
	GASSINO, CASTIGLIONE, CINZANO, RIVALBA, SAN RAFFAELE CIMENA, SCIOLZE	1	A Castiglione
	CUORGNE', ALPETTE, CANISCHIO, CHIESANUOVA, FORNO, PERTUSIO, PRASCORSANO, PRATIGLIONE, RIVARA, SALASSA, SAN PONSO, SAN COLOMBANO, VALPERGA	1	A Cuorgnè
	CASTELLAMONTE, AGLIE', BAIRO, BALDISSERO, BORGIALLO, CASTELNUOVO NIGRA, CINTANO, COLLERETTO CASTELNUOVO, TORRE	1	A Castellamonte
	SAN MAURIZIO, SAN FRANCESCO	1	A scelta del medico
	CASELLE, BORGARO TORINESE	1	A scelta del medico

A.S.L.	AMBITO TERRITORIALE CARENTE	NUMERO POSTI CARENTI	Comune sede di apertura obbligatoria dell'ambulatorio
TO5	CHIERI, RIVA c/o CHIERI, PECETTO T.SE, PINO T.SE, BALDISSERO T.SE, PAVAROLO, ANDEZENO	1	A scelta del medico
	VINOVO, NONE, CANDIOLO	1	A Vinovo
VC	ALBANO V.SE, ARBORIO, ASIGLIANO, BORGOVERCELLI, CARESANA, CARESANABLOT, CASANOVA ELVO, COLLOBIANO, COSTANZANA, DESANA, FORMIGLIANA, GREGGIO, LIGNANA, MOTTA DEI CONTI, OLCENENGO, OLDENICO, PERTENGO, PEZZANA, PRAROLO, QUINTO V.SE, RIVE V.SE, RONSECCO, SALI V.SE, SAN GIACOMO V.SE, STROPPIANA, TRICERRO, VERCELLI, VILLARBOIT, VILLATA, VINZAGLIO	2	1 a Costanzana 1 a Formigliana
	ALICE CASTELLO, BALOCCO, BIANZE', BORGO D'ALE, BURONZO, CARISIO, CIGLIANO, CROVA, GIFFLENGA, LIVORNP F.IS, MONCRIVELLO, SALASCO, SAN GERMANO, SANTHIA', TRONZANO	1	A Carisio
BI	PETTINENGO, PRALUNGO, RONCO BIELLESE, SELVE MARCONE, TERNENGO, TOLLEGNO, ZUMAGLIA	1	A scelta del medico
NO	CARPIGNANO SESIA, BRIONA, CASALEGGIO N.SE, CASTELLAZZO N.SE, FARA N.SE, LANDIONA, MANDELLO VITTA, SILLAVENGO, BIANDRATE, CASALBELTRAME, CASALVOLONE, RECETTO, S. NAZZARO SESA, S. PIETRO MOSEZZO, VICOLUNGO	2	A Carpignano Sesia e Recetto con priorità a Carpignano Sesia
	TRECATTE, CERANO, SOZZAGO	1	A scelta del medico
	BORGOMANERO, AGRATE CONTURBIA, BOCA, BOGOGNO, CAVALLIRIO, CUREGGIO, GATTICO, MAGGIORA, VERUNO	1	A scelta del medico
VCO	VERBANIA, ARIZZANO, AURANO, BEE, CAMBIASCA, CAPREZZO, COSSOGNO, GHIFFA, INTRAGNA, MERGOZZO, MIAZZINA, OGGEBBIO, PREMENO, SAN BERNARDINO VERBANO, VIGNONE	1	A scelta del medico
	CASALE CORTE CERRO, GRAVELLONA TOCE	1	A scelta del medico

A.S.L.	AMBITO TERRITORIALE CARENTE	NUMERO POSTI CARENTI	Comune sede di apertura obbligatoria dell'ambulatorio
CN1	AISONE, ARGENTERA, BEINETTE, BORGO SAN DALMAZZO, BOVES, CASTELLETTO STURA, CENTALLO, CHiusa DI PESIO, CUNEO, DEMONTE, ENTRAQUE, GAIOLA, LIMONE PIEMONTE, MARGARITA, MOIOLA, MONTANERA, MOROZZO, PEVERAGNO, PIETRA PORZIO, RITTANA, ROASCHIA, ROBILANTE, ROCCASPARVERA, ROCCAVIONE, SANBUCO, TARANTASCA, VALDIERI, VALLORiate, VERNANTE, VIGNOLO, VINADIO	7	A scelta del medico
	BAGNOLO PIEMONTE, BARGE, BELLINO, BRONDELLO, BROSSASCO, CARDE', CASALGRASSO, CASTELDELFINO, CASTELLAR, COSTIGLIOLE SALUZZO, CRISSOLO, ENVIE, FAULE, FRASSINO, GAMBASCA, ISASCA, LAGNASCO, MANTA, MARTINIANA PO, MELLE, MORETTA, ONCINO, OSTANA, PAESANA, PAGNO, PIASCO, POLONGHERA, PONTECHIANALE, REVELLO, RIFREDDO, ROSSANA, SALUZZO, SAMPEYRE, SANFRONT, SCARNAFIGI, TORRE S. GIORGIO, VALMALA, VENASCA, VERZUOLO	2	1 a Sampeyre 1 a Sanfront
	BENEVAGIENNA, CARAMAGNA PIEMONTE, CAVALLERLEONE, CAVALLERMAGGIORE, CERVERE, FOSSANO, GENOLA, MARENE, MONASTEROLO DI SAVIGLIANO, MURELLO, RACCONIGI, RUFFIA, SALMOUR, SANT'ALBANO STURA, SAVIGLIANO, TRINITA', VILLAFALLETTO, VILLANOVA SOLARO, VOTTIGNASCO	4	A scelta del medico

A.S.L.	AMBITO TERRITORIALE CARENTE	NUMERO POSTI CARENTI	Comune sede di apertura obbligatoria dell'ambulatorio
CN2	ALBA, ALBARETTO TORRE, ARGUELLO, BALDISSERO D'ALBA, BARBARESCO, BAROLO, BENEVELLO, BERGOLO, BORGOMALE, BOSIA, BOSSOLASCO, CAMO, CANALE, CASTAGNITO, CASTELLETTO UZZONE, CASTELLINALDO, CASTIGLIONE FALLETTO, CASTIGLIONE TINELLA, CASTINO, CERRETTO DELLE LANGHE, CISSONE, CORNELIANO, CORTEMILIA, COSSANO BELBO, CRAVANZANA, DIANO D'ALBA, FEISOGGIO, GORZEGNO, GOVONE, GRINZANE CAVOUR, GUARENE, LEQUIO BERRIA, LEVICE, MAGLIANO ALFIERI, MANGO, MONCHIERO, MONFORTE, MONTÀ, MONTALDO ROERO, MONTELUPO, MONTEU ROERO, MONTICELLO, NEIVE, NEVIGLIE, NIELLA BELBO, NOVELLO, PERLETTO, PEZZOLO VALLE UZZONE, PIOBESI, PRIOCCA, ROCCHETTA BELBO, RODDI, RODDINO, RODELLO, SAN BENEDETTO BELBO, SAN GIORGIO SCARAMPI, SANTO STEFANO BELBO, SANTO STEFANO ROERO, SERRALUNGA, SERRAVALLE LANGHE, SINIO, TORRE BORMIDA, TREISO, TREZZO TINELLA, VEZZA D'ALBA	2	A scelta del medico
	BRA, CERESOLE D'ALBA, CHERASCO, LA MORRA, NARZOLE, POCAPAGLIA, SANFRE', S. VITTORIA D'ALBA, SOMMARIVA BOSCO, SOMMARIVA PERNO, VERDUNO	1	A scelta del medico
AT	CAMERANO CASASCO, CHIUSANO D'ASTI, CINAGLIO, CORSIONE, CORTANZE, CORTAZZONE, COSSOMBRATO, MONTECHIARO D'ASTI, PIEA, SETTIME, SOGLIO, VIALE, VILLA SAN SECONDO	1	A Settime
	AGLIANO TERME, BELVEGLIO, CASTELNUOVO CALCEA, MOMBERCELLI, MONTALDO SCARAMPI, MONTEGROSSO D'ASTI, VIGLIANO D'ASTI, VINCHIO	1	A Vigliano

A.S.L.	AMBITO TERRITORIALE CARENTE	NUMERO POSTI CARENTI	Comune sede di apertura obbligatoria dell'ambulatorio
AL	ALESSANDRIA	2	Ad Alessandria
	CUCCARO M.TO, LU, BASSIGNANA, PECETTO DI VALENZA, SAN SALVATORE M.TO, VALENZA	1	A scelta del medico
	BASALUZZO, CAPRIATA D'ORBA, FRANCAVILLA BISIO, FRESONARA, NOVI LIGURE, PASTURANA, POZZOLO FORMIGARO, TASSAROLO	1	A scelta del medico
	ALBERA LIGURE, ARQUATA SCRIVIA, BORGHETTO DI BORBERA, CABELLA LIGURE, CANTALUPO LIGURE, CARREGA LIGURE, GRONDONA, MONGIARDINO LIGURE, ROCCAFORTE LIGURE, ROCCHETTA LIGURE, VIGNOLE BORBERA	1	A scelta del medico
	MARANZANA, ALICE BEL COLLE, CASSINE, CASTELNUOVO BORMIDA, GROGNARDO, MORBELLO, MORSASCO, ORSARA BORMIDA, PRASCO, RICALDONE, RIVALTA BORMIDA, STREVI, VIGONE	1	A scelta del medico

*** Si fa presente che per le 5 carenze relative all'ambito territoriale di Torino è già stata presentata 1 domanda di reinserimento. I candidati che presentano domanda di reinserimento hanno la precedenza rispetto ai candidati che concorrono alle zone carenti.**

Raccomandata

All'Assessorato alla Sanità, Livelli
 essenziali di assistenza, Edilizia
 Sanitaria
 Settore Organizzazione dei servizi
 sanitari ospedalieri e territoriali
 Ufficio Zone carenti

FA DOMANDA DI INSERIMENTO

(alla voce “Ambito territoriale” inserire il 1° comune compreso nell’ambito territoriale per il quale si intende concorrere, così come è stato pubblicato)

[illegible]

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'art. 16, c. 7, 8, 9 e 10 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale, di poter accedere ad una delle due seguenti riserve di assegnazione:

☐ riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui all'art. 1, c. 2, e all'art. 2 c. 2 D.Lgs. 256/91 o 277/2003 (art. 16 c. 7, lett. a)

☐ riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (art. 16 c. 7, lett. b ACN per la medicina generale)

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

☐ la propria residenza

☐ il domicilio sotto indicato:

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

Indica la seguente casella e-mail (**elemento indispensabile per i contatti successivi, tra cui la lettera di convocazione**):

.....

Allega alla presente Allegato 1), Allegato 2), Allegato 4) e fotocopia della carta d'identità.

Data

.....

Firma per esteso

.....

Raccomandata

All'Assessorato alla Sanità, Livelli
 essenziali di assistenza, Edilizia
 Sanitaria
 Settore Organizzazione dei servizi
 sanitari ospedalieri e territoriali
 Ufficio Zone carenti

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

(alla voce “Ambito territoriale” inserire il 1° comune compreso nell’ambito territoriale per il quale si intende concorrere, così come è stato pubblicato)

[illegible]

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- ☐ la propria residenza
- ☐ il domicilio sotto indicato:

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

Indica la seguente casella e-mail **(elemento indispensabile per i contatti successivi, tra cui la lettera di convocazione)**:

.....

Allega alla presente Allegato 2), Allegato 3), Allegato 4) e fotocopia della carta d'identità.

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 a.....(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 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)

ALLEGATO 3

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

(ART. 46 D.P.R 445/2000)

Il/La sottoscritto/a

cognome nome

nato/a a (prov.) il

**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 titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi dell'ACN per la medicina generale presso l'ASL di dal
- ☐ di aver maturato l'anzianità complessiva (in territorio Italiano) di incarico nell'assistenza primaria pari a anni, mesi, giorni
- ☐ di avere eventualmente cessato la propria attività per i seguenti periodi:

.....

.....

.....

.....

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e data

Firma del dichiarante

firma per esteso e leggibile

ALLEGATO 4

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. 47 del
D.P.R. 28/12/2000 n° 445, **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 del D. Lgs. 09/04/2008 n. 81:

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'.