

Codice A1406C

D.D. 29 settembre 2025, n. 568

Emergenza Sanitaria Territoriale 118 - Avviso di pubblicazione degli incarichi vacanti relativi al secondo semestre 2025, ai sensi dell'art. 63 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 4 aprile 2024.



ATTO DD 568/A1406C/2025

DEL 29/09/2025

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

A1400B - SANITA'

A1406C - Sistemi organizzativi e risorse umane del SSR

OGGETTO: Emergenza Sanitaria Territoriale 118 - Avviso di pubblicazione degli incarichi vacanti relativi al secondo semestre 2025, ai sensi dell'art. 63 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 4 aprile 2024.

Visto l'art. 63 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, ai sensi dell'art. 8 del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., del 4 aprile 2024 (in seguito ACN MMG vigente);

Visti, in particolare, i commi 1 e 3 del citato articolo, che dispongono che le regioni pubblichino sul Bollettino Ufficiale, entro la fine dei mesi di aprile e di ottobre, gli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale individuati dalle singole Aziende sanitarie a seguito di verifica degli organici in dotazione rispettivamente alla data del 1° marzo e del 1° settembre di ogni anno, da attribuirsi secondo le modalità stabilite sempre dall'art 63;

Dato atto che, con nota prot. n. 16606 del 15 luglio 2025, è stata richiesta da parte della Regione Piemonte alle Aziende ASL Cuneo 1, AOU Maggiore della Carità di Novara, AOU SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria e AOU Città della Salute e della Scienza la rilevazione degli incarichi rimasti vacanti a seguito del conferimento di quelli banditi con la DD n. 147 del 21 marzo 2025 nel servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale;

Visto il Protocollo Integrativo d'Intesa tra le OO.SS. mediche e la Regione Piemonte del 12 giugno 2002 di delega alle Aziende sanitarie della procedura relativa al conferimento degli incarichi di cui sopra;

Dato atto che, ai sensi del comma 4 del richiamato art. 63, i medici aspiranti all'incarico dovranno presentare domanda di partecipazione alle assegnazioni entro venti (20) giorni dalla pubblicazione del presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte, secondo le modalità descritte e tramite i modelli presenti nell'Allegato 2 "Modalità e fac-simile della domanda per il conferimento di incarico a tempo indeterminato nell'ambito del servizio di 118 Emergenza Sanitaria

Territoriale – secondo semestre 2025”, parte integrante e sostanziale del presente atto;

Visto il comma 5 dell'articolo 63, che stabilisce: "Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti pubblicati i medici in possesso dell'attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione (...)";

Rilevato che, ai sensi del comma 6 del succitato art. 63, possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti:

a) I medici titolari di incarico a tempo indeterminato per l’Emergenza Sanitaria Territoriale in un’Azienda della regione che ha pubblicato gli incarichi vacanti o in un’Azienda di altra regione, a condizione che risultino titolari rispettivamente da almeno un anno e da almeno due anni dell’incarico dal quale provengono. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo vengono approssimati alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento.

Il successivo comma 7 specifica che i medici già titolari d’incarico di Emergenza Sanitaria Territoriale a tempo indeterminato possono concorrere all’assegnazione solo per trasferimento;

Tali medici sono graduati in base all’anzianità di incarico a tempo indeterminato nel servizio in questione, detratti i periodi di eventuale sospensione dall’incarico di cui all’art. 22, comma 1, e in caso di pari posizione in graduatoria, gli stessi sono graduati nell’ordine della minore età, del voto di laurea e dell’anzianità di laurea, come previsto dal comma 8;

b) I medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l’anno in corso e che siano in possesso dei requisiti necessari per le attività di Emergenza Sanitaria Territoriale. Detti medici vengono graduati, ai sensi del comma 9, nell’ordine risultante dai seguenti criteri:

- il punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all’art. 19 del vigente ACN MMG,
- punti 5 a coloro che nell’Azienda nella quale è vacante l’incarico per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell’incarico,
- punti 20 ai medici residenti nell’ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell’incarico;

c) I medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valida per l’anno in corso, autocertificandone il possesso all’atto della presentazione della domanda;

Ai sensi del comma 10, i suddetti medici sono graduati nell’ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell’anzianità di laurea;

d) i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale, non compresi nel gruppo precedente.

Ai sensi del comma 10, i suddetti medici sono graduati nell’ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell’anzianità di laurea;

e) I medici di cui all’art. 9, comma 1, del DL n. 135 del 14 dicembre 2018 "Disposizioni urgenti in materia di sostegno e semplificazione per le imprese e per la pubblica amministrazione", convertito con modificazioni, dalla Legge n. 12 dell’11 febbraio 2019, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione;

Ai sensi del comma 11 tali medici sono graduati nel rispetto dell'annualità di frequenza al corso (terza, seconda, prima), a partire dalla data di effettivo inizio dello stesso. In caso di pari anzianità sono graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea;

f) I medici di cui all'art. 12, comma 3 del DL 35 del 30 aprile 2019 "Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria" convertito, con modificazioni, dalla Legge 60 del 25 giugno 2019, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione;

Ai sensi del comma 11 i suddetti medici sono graduati nel rispetto dell'annualità di frequenza al corso (terza, seconda, prima), a partire dalla data di effettivo inizio dello stesso. In caso di pari anzianità sono graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea;

Ai sensi del comma 13 dell'art. 63 dell'ACN MMG vigente, le Aziende sanitarie interpellano i medici di cui al comma 6 nel seguente ordine: a), successivamente b), poi c), dopo d) in seguito e) ed infine punto f).

I medici di cui alle lettere c), d), e) ed f) sono interpellati con priorità per i residenti nel territorio aziendale, in regione e da ultimo fuori regione;

Ai sensi dei commi 19 e 21 dell'art. 63, ai medici in formazione sarà conferito un incarico temporaneo e l'Azienda conferirà loro l'incarico a tempo indeterminato con decorrenza dalla data di conseguimento del Diploma di formazione specifica in medicina generale, previa acquisizione dell'autocertificazione del titolo da parte dell'Azienda stessa;

Preso atto delle richieste di pubblicazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale individuati dalle Aziende, relative al secondo semestre 2025, comunicate con note agli atti del Settore regionale competente e riportati nel prospetto riepilogativo Allegato 1), parte integrante del presente provvedimento;

Attestato che, ai sensi della DGR 8-8111 del 25 gennaio 2024 ed in esito all'istruttoria sopra richiamata, il presente provvedimento non comporta oneri contabili diretti né effetti prospettici sulla gestione finanziaria, economica e patrimoniale della Regione Piemonte;

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della DGR n. 8-8111 del 25 gennaio 2024;

Tutto ciò premesso,

IL DIRIGENTE

Richiamati i seguenti riferimenti normativi:

- Art. 48 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale";
- Artt. 4 e 17 del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche" e s.m.i.;
- Protocollo Integrativo d'Intesa tra le OO.SS. mediche e la Regione Piemonte del 12 giugno 2002 di delega alle Aziende sanitarie della procedura relativa al conferimento degli

incarichi del servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale;

- Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. n. 502 del 1992 e s.m.i. del 4 aprile 2024;
- DGR n. 18-6692 del 19 novembre 2013 "Riorganizzazione Emergenza Sanitaria Territoriale 118. Adempimenti relativi alla riorganizzazione delle dotazioni di personale delle Aziende sede di Centrale Operativa. Approvazione schemi di avviso pubblico di mobilità endoregionale";
- Art. 9, comma 1, del DL n. 135 del 14 dicembre 2018 "Disposizioni urgenti in materia di sostegno e semplificazione per le imprese e per la pubblica amministrazione", convertito dalla Legge 11 febbraio 2019, n.12;
- Art. 12, comma 3, del DL 35 del 30 aprile 2019 "Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria", convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60;
- DGR n. 8-8111/2024 del 25 gennaio 2024 "Disciplina del sistema dei controlli e specificazione dei controlli previsti in capo alla Regione Piemonte in qualità di Soggetto Attuatore nell'ambito dell'attuazione del PNRR. Revoca delle D.G.R. 17 ottobre 2016 n. 1-4046 e 14 giugno 2021 n.1-3361";
- DD n. 751 del 12 novembre 2024 "Approvazione e pubblicazione della Graduatoria Regionale Definitiva dei Medici di medicina generale valida per l'anno 2025 ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti dei medici di medicina generale ai sensi art. 8 del D.Lgs n. 502 del 1992 e s.m.i.";

determina

Di pubblicare, secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 3, dell'ACN MMG vigente, gli incarichi vacanti a tempo indeterminato nel servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale relativi al secondo semestre 2025, individuati dalle Aziende sanitarie e riportati nell'Allegato 1) "Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale 118 - Numero incarichi vacanti individuati dalle Aziende in Regione Piemonte. Secondo semestre 2025", parte integrante e sostanziale della presente determinazione;

Di dare atto che i medici aspiranti al conferimento degli incarichi, ai sensi dell'art. 63, comma 4, dovranno presentare domanda di partecipazione direttamente alle Aziende sanitarie entro il ventesimo giorno successivo alla data di pubblicazione del presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte, a pena di esclusione. I candidati sono tenuti ad utilizzare i modelli e a seguire le modalità descritte nell'Allegato 2 "Modalità e fac-simile per il conferimento di incarico a tempo indeterminato nell'ambito del servizio di 118 Emergenza Sanitaria Territoriale - secondo semestre 2025", parte integrante e sostanziale del presente atto;

Di precisare che, come stabilito nel Protocollo Integrativo d'Intesa tra le OO.SS. mediche e la Regione Piemonte del 12 giugno 2002, le Aziende Sanitarie sono competenti della procedura di assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale;

Di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri contabili diretti né effetti prospettici sulla gestione finanziaria, economica e patrimoniale della Regione Piemonte, come in premessa attestato;

La presente determinazione dirigenziale sarà pubblicata in forma integrale sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della Legge regionale 12 ottobre 2010, n. 22.

IL DIRIGENTE (A1406C - Sistemi organizzativi e risorse umane del SSR)

Firmato digitalmente da Mario Raviola

Si dichiara che sono parte integrante del presente provvedimento gli allegati riportati a seguire ¹, archiviati come file separati dal testo del provvedimento sopra riportato:

1. DD_allegato_1.pdf
2. DD_allegato_2.pdf



Allegato



¹ L'impronta degli allegati rappresentata nel timbro digitale QRCode in elenco è quella dei file pre-esistenti alla firma digitale con cui è stato adottato il provvedimento

Allegato 1			
Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale 118			
Numero incarichi vacanti individuati dalle Aziende in Regione Piemonte. Secondo semestre 2025			
ASR	SEDE	POSTAZIONI PER SEDE	NUMERO INCARICHI VACANTI
AOU Città della Salute e della Scienza di Torino Corso Bramante, 88 10126 Torino protocollo@pec.cittadellasalute.to.it	SEDE 1	MSA PRAGELATO	6
		MSA PINEROLO	
	SEDE 2	MSA SETTIMO	2
		MSA CHIVASSO	
	SEDE 3	MSA CALUSO	6
		MSA IVREA	
	SEDE 4	MSA SUSÀ	8
		MSA ULZIO	
	SEDE 5	MSA CASTELLAMONTE	4
		MSA LANZO	
	SEDE 6	MSA GIAVENO	0
		MSA AVIGLIANA	
	SEDE 7	MSA CHIERI	4
		MSA CARMAGNOLA	
ASL CN1 Via Carlo Boggio, 12 12100 Cuneo protocollo@aslcn1.legalmailPA.it	SEDE 1	MSA MONDOVI'	7
		MSA DOGLIANI	
	SEDE 2	MSA CEVA	7
		MSA GARESSIO	
	SEDE 3	MSA ALBA	7
		MSA BRA'	
	SEDE 4	MSA BORGIO S.D.	4
		MSA DRONERO	
	SEDE 5	MSA CUNEO	8
		MSA FOSSANO	
	SEDE 6	MSA SAVIGLIANO	5
		ASA PAESANA	
	SEDE 7	MSA SALUZZO	4
		ASA SANPEYRE	
AOU Maggiore della Carità di Novara Corso Mazzini, 18 28100 Novara protocollo@pec.aou.no.it	SEDE 1	MSA NOVARA	0
		MSA GALLIATE	
	SEDE 2	MSA BORGOMANERO	0
		MSA ARONA	
	SEDE 3	MSA VERCELLI	0
		MSA SANTHIA'	
	SEDE 4	MSA BORGOSIESA	3
		MSA VARALLO	
		MSA GATTINARA	
	SEDE 5	MSA BIELLA	1
	SEDE 6	MSA COSSATO	0
		MSA TRIVERO	
AOU Santi Antonio, Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria Via Venezia, 16 15100 Alessandria asoalessandria@pec.ospedale.al.it	SEDE 1	MSA ALESSANDRIA	6
		ASA ALESSANDRIA H 12	
		MSA VALENZA	
	SEDE 2	MSA CASALE M.TO	2
		MSA TRINO V.SE H 12	
	SEDE 3	MSA TORTONA	9
		MSA NOVILIGURE	
	SEDE 4	MSA ACQUI TERME	7
		MSA OVADA	
	SEDE 5	MSA ASTI	3
		MSA MOCALVO H 12	
	SEDE 6	MSA NIZZA M.TO	3
		MSA VILAFRANCA	

Modalità e fac-simile della domanda per il conferimento di incarico a tempo indeterminato nell'ambito del servizio di 118 Emergenza Sanitaria Territoriale – secondo semestre 2025.

I medici interessati al conferimento degli incarichi nel servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale possono presentare alle ASR competenti per territorio, che hanno disponibili gli incarichi vacanti, domanda in bollo tramite PEC (*) entro 20 giorni a partire dal giorno successivo la data di pubblicazione della presente Determinazione (Avviso) sul BURP (fa fede la data dell'inoltro della PEC), in particolare:

a) I medici titolari di incarico a tempo indeterminato nel servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale - 118 ai sensi dell'art. 63, comma 6, lettera a) ACN MMG vigente, (trasferimento), presentano domanda utilizzando **Modello 1**;

b) I medici inseriti nella Graduatoria Regionale Definitiva, valida per l'anno 2025 – di cui alla DD n. 751 del 12 novembre 2024 “Approvazione e pubblicazione della Graduatoria Regionale Definitiva dei Medici di medicina generale valida per l'anno 2025 ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti dei medici di medicina generale ai sensi art. 8 del D.Lgs n. 502 del 1992 e s.m.i.” pubblicata sul Bollettino ufficiale della Regione Piemonte n. 46 del 14 novembre 2024, ai sensi dell'art. 63, comma 6, lettera b) ACN MMG vigente, (graduatoria), presentano domanda utilizzando **Modello 2**;

c) I medici destinatari della norma di cui all' art 63, comma 6, lettera c) ACN MMG vigente, che hanno acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale in vigore presentano domanda utilizzando il **Modello 3**;

d) I medici destinatari della norma di cui all' art 63, comma 6, lettera d) ACN MMG vigente, in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale non compresi nella lettera precedente, presentano domanda utilizzando il **Modello 4**;

e) I medici, destinatari della norma di cui all' art. 9, comma 1, del Decreto Legge n. 135/2018 (Decreto Semplificazioni 2019) convertito dalla Legge 12/2019 - art.63, comma 6, lettera e) che risultano iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale, presentano domanda utilizzando il **Modello 5**;

f) I medici, destinatari della norma di cui all' art. 12, comma 3, del Decreto Legge n. 35/2019 (Decreto Calabria) convertito dalla L. 60/2019 - art.63, comma 6, lettera f) che risultano iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale, presentano domanda utilizzando il **Modello 6**;

(*) L'inoltro della PEC va effettuato esclusivamente da PEC personale del concorrente. La domanda deve essere in formato pdf e deve risultare evidente l'annullamento della marca da bollo: si consiglia di barrare la marca in modo che il tratto tracciato dalla penna fuoriesca dalla medesima proseguendo sulla parte bianca del foglio.

REGIONE PIEMONTE

**Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 4 aprile 2024
(ACN MMG vigente)**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI 118
EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE rilevati al 1° settembre 2025
per trasferimento, ai sensi dell'articolo 63, comma 6, lettera a) ACN MMG vigente**

**Marca
da bollo
€ 16,00**

Spett.le ASL - AOU

PEC: _____

Il/La sottoscritto/a Dott/Dott.ssa _____ nato/a a _____ prov. _____
il _____ M ☐ F ☐ codice fiscale _____ residente a _____
prov. _____ Via /Corso _____ n. _____ CAP _____
a far data dal _____ ASL di residenza _____, e residente nel territorio
della Regione _____ dal _____, tel/cell _____, indirizzi:
di PEC _____ - e-mail _____

PRESENTA DOMANDA PER TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'**articolo 63, comma 6, lettera a) dell'ACN MMG vigente**, per l'assegnazione degli **incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale**, presso Codesta Azienda, di cui all'avviso pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte n. _____ del _____ e segnatamente per i seguenti:

INCARICHI	
<i>riportare la medesima descrizione risultante nell'elenco (All.1) presente nell'Avviso</i>	
n.	

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione),

DICHIARA

- di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università di _____ in data _____ con voto _____/110 o _____/100;
- di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale, conseguita in data _____ o nella sessione n. _____ dell'anno _____, presso l'Università di _____;
- di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici della Provincia di _____, dal _____;
- di essere in possesso del Diploma di Formazione in Medicina Generale conseguito a _____ in data _____;

- di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza rilasciato a seguito della frequenza del corso di cui all'art. 66 dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG 04/04/2024, conseguito presso l'Azienda sanitaria _____ della Regione _____ in data _____ e ne allega copia;
- di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di Emergenza Sanitaria Territoriale presso l'Azienda _____ di _____, della Regione _____, dal _____, (detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'art. 22, ACN MMG vigente);
- di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato di Emergenza Sanitaria Territoriale dal _____ al _____ presso l'Azienda _____ Regione _____ dal _____ al _____ presso l'Azienda _____ Regione _____ dal _____ al _____ presso l'Azienda _____ Regione _____ (detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'art. 22, ACN MMG vigente);

con anzianità complessiva di Emergenza Sanitaria Territoriale pari a mesi _____, detratti i periodi di sospensione dall'incarico di cui all'art. 22 comma 1 dell'ACN MMG vigente;

- di avere/non avere (cancellare la parte che non interessa) presentato domanda ad altre Aziende sanitarie per il conferimento dell'incarico di Emergenza Sanitaria Territoriale:

Azienda _____

Azienda _____

Azienda _____

Dichiara, inoltre, di aver preso visione e di accettare le condizioni e le modalità indicate nell'avviso relative alla procedura di "assegnazione per trasferimento" - lettera a) nell'avviso - degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale;

Prende atto che ogni comunicazione in merito potrà essere effettuata da Codesta Azienda tramite l'indirizzo PEC _____

Allega alla presente:

- Fotocopia dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza ex art. 66 ACN MMG,
- Fotocopia fronte/retro di documento di identità in corso di validità.

Data _____

Firma per esteso _____

La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la domanda è corredata di fotocopia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del DPR n. 445 del 28.12.2000 e s.m.i., o se viene resa con firma digitale ai sensi della normativa vigente.

L'autocertificazione informativa relativa alle posizioni di incompatibilità (art 21 ACN MMG vigente), dovrà essere prodotta al momento dell'eventuale assegnazione dell'incarico.

I dati personali richiesti al/la candidato/a saranno oggetto di trattamento da parte dell'Azienda secondo quanto previsto dal GDPR Regolamento UE 679/2016 e della normativa nazionale di riferimento, in particolare del D. Lgs. 196/2003 e del D. Lgs. 101/2018, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti connessi.

REGIONE PIEMONTE

Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 4 aprile 2024
(ACN MMG vigente)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI
EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE rilevati al 1° settembre 2025
per graduatoria, ai sensi dell'art. 63, lettera b) ACN MMG vigente**

Marca da
bollo
€ 16,00

Spett.le ASL - AOU

PEC: _____

Il/La sottoscritto/a Dott/Dott.ssa _____ nato/a a _____ prov. _____
il _____ M ☐ F ☐ codice fiscale _____ residente a _____
prov. _____ Via/Corso _____ n. _____ CAP _____
a far data dal _____ ASL di residenza _____, e residente nel territorio
della Regione _____ dal _____, tel/cell _____,
indirizzi: di PEC _____ - e-mail _____

PRESENTA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

secondo quanto previsto dall'**articolo 63, comma 6, lettera b) dell'ACN MMG vigente**, per l'assegnazione degli **incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale**, presso Codesta Azienda, di cui all'avviso pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte n. _____ del _____ e segnatamente per i seguenti:

INCARICHI	
<i>riportare la medesima descrizione risultante nell'elenco (All.1) presente nell'Avviso</i>	
n.	

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione),

DICHIARA

- di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università di _____ in data _____ con voto _____/110 o _____/100;
- di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale, conseguita in data _____ o nella sessione n. ____ dell'anno _____ presso l'Università di _____;
- di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal _____.
- di essere in possesso del Diploma di Formazione in Medicina Generale conseguito a _____ in data _____;

- di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza rilasciato a seguito della frequenza del corso di cui all'art. 66 dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG 04/04/2024, conseguito presso l'Azienda sanitaria _____ della Regione _____ in data _____ e ne allega copia;
- **di essere inserito nella graduatoria regionale di Medicina Generale del Piemonte, valevole per l'anno 2025, con punti _____;**
- di essere residente nel Comune di _____ prov. ____ dal (gg/mm/aaaa) _____

Precedenti residenze: indicare (gg/mm/aaaa)

dal _____ al _____ Comune di _____
 dal _____ al _____ Comune di _____
 dal _____ al _____ Comune di _____
 dal _____ al _____ Comune di _____

- di avere/non avere (cancellare la parte che non interessa) presentato domanda ad altre Aziende sanitarie per il conferimento dell'incarico di Emergenza Sanitaria Territoriale:

Azienda _____
 Azienda _____
 Azienda _____

Dichiara, inoltre, di aver preso visione e di accettare le condizioni e le modalità indicate nell'Avviso relative alla procedura di "assegnazione per graduatoria" degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale (lettera b dell'Avviso);

Prende atto che ogni comunicazione in merito potrà essere effettuata da Codesta Azienda tramite l'indirizzo PEC _____

Allega alla presente:

- Fotocopia dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza ex art. 66 ACN MMG,
- Fotocopia fronte/retro di documento di identità in corso di validità.

Data _____

Firma per esteso _____

La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la domanda è corredata di fotocopia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del DPR n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii., o se viene resa con firma digitale ai sensi della normativa vigente.

L'autocertificazione informativa relativa alle posizioni di incompatibilità (art 21 ACN MMG vigente), dovrà essere prodotta al momento dell'eventuale assegnazione dell'incarico.

I dati personali richiesti al/la candidato/a saranno oggetto di trattamento da parte dell'Azienda secondo quanto previsto dal GDPR Regolamento UE 679/2016 e della normativa nazionale di riferimento, in particolare del D. Lgs 196/2003 e del D. Lgs 101/2018, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti connessi.

REGIONE PIEMONTE

Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 4 aprile 2024
(ACN MMG vigente)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI
EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE rilevati al 1° settembre 2025**
Medici che hanno acquisito il titolo successivamente alla scadenza del termine previsto
per la domanda di inserimento in graduatoria regionale (art. 63, lett. c, ACN MMG vigente)

Marca da
bollo
€ 16,00

Spett.le ASL / AOU _____

PEC: _____

Il/La sottoscritto/a Dott/Dott.ssa _____ nato/a a _____ prov. _____
il _____ M ☐ F ☐ codice fiscale _____ residente a _____
prov. _____ Via/Corso _____ n. _____ CAP _____
a far data dal _____ ASL di residenza _____, e residente nel territorio
della Regione _____ dal _____, tel/cell _____, indirizzi: di
PEC _____ - e-mail _____

PRESENTA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

secondo quanto previsto dall'**articolo 63, comma 6, lettera c) ACN MMG vigente**, per l'assegnazione degli
incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale, presso Codesta Azienda, di cui all'Avviso
pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte n. _____ del _____
segnatamente per i seguenti:

INCARICHI	
<i>riportare la medesima descrizione risultante nell'elenco (All.1) presente nell'Avviso</i>	
n.	

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione),

DICHARA

- di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università di _____ in data _____ con voto _____/110 o _____/100;
- di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale, conseguita in data _____ o nella sessione n. _____ dell'anno _____, presso l'Università di _____;

- di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici della Provincia di _____, dal _____;
- di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza rilasciato a seguito della frequenza del corso di cui all'art. 66 dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG 04/04/2024, conseguito presso l'Azienda sanitaria _____ della Regione _____ in data _____ e ne allega copia;
- di aver frequentato il *corso di formazione specifica in medicina generale* (di cui al D.Lgs. 368/1999 e s.m.i.) relativo al triennio **20___/20___** presso la Regione _____ e di **aver conseguito** il titolo di formazione specifica in Medicina Generale **oltre il termine utile per l'inserimento nella graduatoria regionale di Medicina Generale valevole per l'anno 2025**, in data _____ e ne allega copia;
- di essere residente nel Comune di _____ prov. _____ dal (gg/mm/aaaa) _____;
- di avere/non avere (cancellare la parte che non interessa) presentato domanda ad altre Aziende sanitarie per il conferimento dell'incarico di Emergenza Sanitaria Territoriale:
Azienda _____
Azienda _____
Azienda _____

Dichiara, inoltre, di aver preso visione e di accettare le condizioni e le modalità indicate nell'Avviso relative alla procedura di “assegnazione ai sensi della **lettera c)**” dell'Avviso degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale;

Prende atto che ogni comunicazione in merito potrà essere effettuata da Codesta Azienda tramite l'indirizzo PEC _____

Allega alla presente:

- Fotocopia fronte/retro di documento di identità in corso di validità,
- Fotocopia dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza ex art. 66 ACN MMG,
- Fotocopia semplice del titolo di formazione specifica in medicina generale.

Data _____

Firma per esteso _____

La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la domanda è corredata di fotocopia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii., o se viene resa con firma digitale ai sensi della normativa vigente.

L'autocertificazione informativa relativa alle posizioni di incompatibilità (art 21 ACN MMG vigente), dovrà essere prodotta al momento dell'eventuale assegnazione dell'incarico.

I dati personali richiesti al/la candidato/a saranno oggetto di trattamento da parte dell'Azienda secondo quanto previsto dal GDPR Regolamento UE 679/2016 e della normativa nazionale di riferimento, in particolare del D. Lgs 196/2003 e del D. Lgs 101/2018, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti connessi.

REGIONE PIEMONTE

Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 4 aprile 2024
(ACN MMG vigente)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI
EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE rilevati al 1° settembre 2025**
Medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale,
ai sensi dell'art. 63, lett. d) ACN MMG vigente

**Marca da
bollo
€ 16,00**

Spett.le ASL - AOU

PEC: _____

Il/La sottoscritto/a Dott/Dott.ssa _____ nato/a a _____ prov. il
_____ M ☐ F ☐ codice fiscale _____ residente a
_____ prov. _____ Via/Corso _____
n. _____ CAP _____ a far data dal _____
ASL di residenza _____, e residente nel territorio della Regione _____
dal _____, tel/cell _____,
indirizzi: di PEC _____ - e-mail _____

PRESENTA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

secondo quanto previsto dall'**articolo 63, comma 6, lettera d) dell' ACN MMG vigente**, per l'assegnazione degli **incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale**, presso Codesta Azienda, di cui all'Avviso pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte n. _____ del _____ segnatamente per i seguenti:

INCARICHI	
<i>riportare la medesima descrizione risultante nell'elenco (All.1) presente nell'Avviso</i>	
n.	

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione),

DICHIARA

- di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università di _____ in data _____ con voto _____/110 o _____/100;
- di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale, conseguita in data _____ o nella sessione n. ____ dell'anno ____, presso l'Università di _____;
- che il Diploma di Laurea di cui al punto precedente è titolo abilitante ai sensi dell'art. 102 del D.L. 18/2020 convertito con modificazioni dalla L. 24 aprile 2020, n. 27;

- di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal _____.
- di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza rilasciato a seguito della frequenza del corso di cui all'art. 66 dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG 04/04/2024, conseguito presso l'Azienda sanitaria _____ della Regione _____ in data _____ e ne allega copia;
- **di essere inserito nella graduatoria regionale di Medicina Generale della Regione / Provincia autonoma _____, valevole per l'anno 2025, con punti _____;**
- di essere residente nel Comune di _____ prov. ____ dal (gg/mm/aaaa) _____

Precedenti residenze: indicare (gg/mm/aaaa)

dal _____	al _____	Comune di _____
dal _____	al _____	Comune di _____
dal _____	al _____	Comune di _____
dal _____	al _____	Comune di _____

- di avere/non avere (cancellare la parte che non interessa) presentato domanda ad altre Aziende sanitarie per il conferimento dell'incarico di Emergenza Sanitaria Territoriale:

Azienda _____
 Azienda _____
 Azienda _____

Dichiara, inoltre, di aver preso visione e di accettare le condizioni e le modalità indicate nell'Avviso relative alla procedura di "assegnazione ai sensi della lettera d) nell'Avviso" degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale;

Prende atto che ogni comunicazione in merito potrà essere effettuata da Codesta Azienda tramite l'indirizzo PEC _____

Allega alla presente:

- Fotocopia fronte/retro di documento di identità in corso di validità,
- Fotocopia dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza ex art. 66 ACN MMG.

Data _____ Firma per esteso _____

La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la domanda è corredata di fotocopia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii., o se viene resa con firma digitale ai sensi della normativa vigente.

L'autocertificazione informativa relativa alle posizioni di incompatibilità (art 21 ACN MMG vigente), dovrà essere prodotta al momento dell'eventuale assegnazione dell'incarico.

I dati personali richiesti al/lla candidato/a saranno oggetto di trattamento da parte dell'Azienda secondo quanto previsto dal GDPR Regolamento UE 679/2016 e della normativa nazionale di riferimento, in particolare del D.Lgs 196/2003 e del D.Lgs 101/2018, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti connessi.

REGIONE PIEMONTE

Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 4 aprile 2024
(ACN MMG vigente)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI
EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE rilevati al 1° settembre 2025**

**Medici di cui all'art. 9, comma 1, del Decreto Legge 135/2018, convertito con L. 12/2019 e s.m.i.
(Decreto Semplificazioni 2019)**

**che frequentano il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione Piemonte,
(art. 63, lett. e, ACN MMG vigente)**

**Marca da
bollo
€ 16,00**

Spett.le ASL - AOU

PEC: _____

Il/La sottoscritto/a Dott/Dott.ssa _____ nato/a a _____ prov. _____
il _____ M ☐ F ☐ codice fiscale _____ residente a _____
prov. _____ Via/Corso _____ n. _____ CAP _____
a far data dal _____ ASL di residenza _____, e residente nel territorio
della Regione _____ dal _____, tel/cell _____,
indirizzi: di PEC _____ - e-mail _____

PRESENTA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

secondo quanto previsto dall'**articolo 63, comma 6, lettera e) dell' ACN MMG vigente**, per l'assegnazione degli **incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale**, presso Codesta Azienda, di cui all'Avviso pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte n. _____ del _____ segnatamente per i seguenti:

INCARICHI	
<i>riportare la medesima descrizione risultante nell'elenco (All.1) presente nell'Avviso</i>	
n.	

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione),

DICHIARA

- di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università di _____ in data _____ con voto _____/110 o _____/100;
- di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale, conseguita in data _____ o nella sessione n. _____ dell'anno _____, presso l'Università di _____;
- che il Diploma di Laurea di cui al punto precedente è titolo abilitante ai sensi dell'art. 102 del D.L. 18/2020 convertito con modificazioni dalla L. 24 aprile 2020, n. 27;

- di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal _____;
- di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza rilasciato a seguito della frequenza del corso di cui all'art. 66 dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG 04/04/2024, conseguito presso l'Azienda sanitaria _____ della Regione _____ in data _____ e ne allega copia;
- di partecipare ai sensi della **lettera e)** dell'avviso: *medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 e s.m.i. (Decreto Semplificazioni).*
Pertanto, dichiara di frequentare:

☐ il terzo anno

☐ il secondo anno

☐ il primo anno

del corso di formazione specifica in medicina generale relativo al triennio 20_____/20_____
_____ istituito presso la
Regione Piemonte – data di inizio della frequenza del corso: _____;

- di essere residente nel Comune di _____ prov. ____ dal (gg/mm/aaaa) _____;

Precedenti residenze: indicare (gg/mm/aaaa)

dal _____ al _____ Comune di _____

dal _____ al _____ Comune di _____

- di avere/non avere (cancellare la parte che non interessa) presentato domanda ad altre Aziende sanitarie per il conferimento dell'incarico di emergenza sanitaria territoriale:

Azienda _____

Azienda _____

Dichiara, inoltre, di aver preso visione e di accettare le condizioni e le modalità indicate nell'avviso relative alla procedura di "assegnazione ai sensi della lettera e) nell'avviso" degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale;

Prende atto che ogni comunicazione in merito potrà essere effettuata da Codesta Azienda tramite l'indirizzo PEC _____

Allega alla presente:

- Fotocopia fronte/retro di documento di identità in corso di validità,
- Fotocopia dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza ex art. 66 ACN MMG

Data _____

Firma per esteso _____

La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la domanda è corredata di fotocopia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii., o se viene resa con firma digitale ai sensi della normativa vigente.

L'autocertificazione informativa relativa alle posizioni di incompatibilità (art 21 ACN MMG vigente), dovrà essere prodotta al momento dell'eventuale assegnazione dell'incarico.

I dati personali richiesti al/lla candidato/a saranno oggetto di trattamento da parte dell'Azienda secondo quanto previsto dal GDPR Regolamento UE 679/2016 e della normativa nazionale di riferimento, in particolare del D.Lgs 196/2003 e del D.Lgs 101/2018, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti connessi.

REGIONE PIEMONTE

Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 4 aprile 2024
(ACN MMG vigente)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI
EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE rilevati al 1° settembre 2025**

Medici di cui all'art. 12, co. 3, del D. L. n. 35/2019, convertito con L. n. 60/2019 e s.m.i. (*Decreto Calabria*)
(ACN MMG art. 63 lett f, ACN MMG vigente)

che frequentano il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione Piemonte

**Marca da
bollo
€ 16,00**

Spett.le ASL - AOU

PEC: _____

Il/La sottoscritto/a Dott/Dott.ssa _____ nato/a a _____ prov. _____
il _____ M ☐ F ☐ codice fiscale _____ residente a _____
prov. _____ Via/Corso _____ n. _____ CAP _____
a far data dal _____ ASL di residenza _____, e residente nel territorio
della Regione _____ dal _____, tel/cell _____,
indirizzi: di PEC _____ - e-mail _____

PRESENTA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

secondo quanto previsto dall'**articolo 63, comma 6, lettera f) dell'ACN MMG vigente**, per l'assegnazione degli **incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale**, presso Codesta Azienda, di cui all'avviso pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte n. _____ del _____ segnatamente per i seguenti:

INCARICHI	
<i>riportare la medesima descrizione risultante nell'elenco (All.1) presente nell'Avviso</i>	
n.	

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione),

DICHIARA

- di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università di _____ in data _____ con voto _____/110 o _____/100;
- di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale, conseguita in data _____ o nella sessione n. _____ dell'anno _____, presso l'Università di _____;
- che il Diploma di Laurea di cui al punto precedente è titolo abilitante ai sensi dell'art. 102 del D.L. 18/2020 convertito con modificazioni dalla L. 24 aprile 2020, n. 27;

- di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal _____;
- di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza rilasciato a seguito della frequenza del corso di cui all'art. 66 dell'Accordo Collettivo Nazionale MMG 04/04/2024, conseguito presso l'Azienda sanitaria _____ della Regione _____ in data _____ e ne allega copia;
- di partecipare ai sensi della **lettera f)** dell'avviso: *medici di cui all'art. 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60 e s.m.i. (Decreto Calabria).*

Pertanto, dichiara di frequentare:

☐ il terzo anno ☐ il secondo anno ☐ il primo anno

del corso di formazione specifica in medicina generale relativo al triennio 20_____/20_____, istituito presso la **Regione Piemonte** – data di inizio della frequenza del corso: _____;

- di essere residente nel Comune di _____ prov. ____ dal (gg/mm/aaaa) _____

Precedenti residenze: indicare (gg/mm/aaaa)

dal _____ al _____ Comune di _____
dal _____ al _____ Comune di _____
dal _____ al _____ Comune di _____

- di avere/non avere (cancellare la parte che non interessa) presentato domanda ad altre Aziende sanitarie per il conferimento dell'incarico di emergenza sanitaria territoriale:

Azienda _____
Azienda _____
Azienda _____

Dichiara, inoltre, di aver preso visione e di accettare le condizioni e le modalità indicate nell'avviso relative alla procedura di "assegnazione ai sensi della lettera f) nell'avviso" degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale;

Prende atto che ogni comunicazione in merito potrà essere effettuata da Codesta Azienda tramite l'indirizzo PEC _____

Allega alla presente:

- Fotocopia fronte/retro di documento di identità in corso di validità,
- Fotocopia dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza ex art. 66 ACN MMG

Data _____ Firma per esteso _____

La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la domanda è corredata di fotocopia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii., o se viene resa con firma digitale ai sensi della normativa vigente.

L'autocertificazione informativa relativa alle posizioni di incompatibilità (art 21 ACN MMG vigente), dovrà essere prodotta al momento dell'eventuale assegnazione dell'incarico.

I dati personali richiesti al/lla candidato/a saranno oggetto di trattamento da parte dell'Azienda secondo quanto previsto dal GDPR Regolamento UE 679/2016 e della normativa nazionale di riferimento, in particolare del D.Lgs 196/2003 e del D.Lgs 101/2018, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti connessi.