

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI
EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**
(per trasferimento)

Marca
da bollo
€ 14,62

All'Azienda sanitaria provinciale n.
Via
.....

Il sottoscritto dott. nato a
il residente a c.a.p.
via tel. cell.
titolare di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale presso l'A.S.P. n. di
....., della Regione
dal e con anzianità complessiva di emergenza sanitaria territoriale pari a mesi
.....

Fa domanda di trasferimento

secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 5, lett. a), dell'accordo collettivo nazionale dei medici di
medicina generale 23 marzo 2005, per l'assegnazione di uno dei seguenti incarichi vacanti di emergenza
sanitaria territoriale individuati all'1 settembre 2010, pubblicati nella Gazzetta Ufficiale della Regione
siciliana n. del

- Presidio ASP di
- Presidio ASP di
- Presidio ASP di
- Presidio ASP di
- Presidio ASP di
- Presidio ASP di

Acclude

- documentazione o dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il possesso dei requisiti per concorrere al
trasferimento e l'anzianità complessiva di incarico nell'emergenza sanitaria territoriale (allegato A1);
- dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato C);
- copia fotostatica di un documento di identità.

Data

Firma

.....

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto dott. nato a
il, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, recante il testo unico
delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa,

dichiara

a) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale presso l'Azienda
sanitaria provinciale n. di della Regione
..... dal

b) di vantare un'anzianità complessiva di servizio effettivo nell'emergenza sanitaria territoriale pari a mesi
.....(1) e precisamente:

dal al presso

dal al presso

dal al presso

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (2)

Data

Firma(3)

.....

(1) Nel computo dell'anzianità complessiva vanno detratti gli eventuali periodi di sospensione dal rapporto convenzionale.

(2) Ai sensi dell'art. 76, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000, "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia".

(3) Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000, la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI
EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**
(per graduatoria di settore 2010)

Marca da bollo € 14,62

All'Azienda sanitaria provinciale n.
Via
.....

Il sottoscritto dott. nato a
il residente a c.a.p.
via tel. cell.
inserito nella graduatoria regionale di medicina generale della Regione siciliana relativa al settore di
emergenza sanitaria territoriale valida per l'anno 2010 con punti

Fa domanda

secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 5, lett. b), dell'accordo collettivo nazionale dei medici di
medicina generale 23 marzo 2005, per l'assegnazione di uno dei seguenti incarichi vacanti di emergenza
sanitaria territoriale individuati all'1 settembre 2010, pubblicati nella Gazzetta Ufficiale della Regione
siciliana n. del

Presidio ASP di;
Presidio ASP di;
Presidio ASP di;
Presidio ASP di

Acclude

- attestato di idoneità all'esercizio delle attività di emergenza sanitaria territoriale;
- documentazione comprovante titolarità di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale;
- certificato storico di residenza;
- autocertificazione comprovante il possesso dell'attestato di idoneità alle attività di E.S.T., l'eventuale
titolarità di incarico a tempo indeterminato di C.A. e la residenza storica (allegato B1);
- dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato C);
- copia fotostatica di un documento di identità.

Data

Firma

.....

AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto dott. nato a
il, inserito nella graduatoria regionale di medicina generale della Regione siciliana
relativa al settore di emergenza sanitaria territoriale valida per l'anno 2010 con punti
..... ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, recante il testo unico
delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa,

dichiara

- a) di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio delle attività di emergenza sanitaria
territoriale, conseguito presso in data
.....;
- b) di essere titolare a tempo indeterminato di continuità assistenziale presso la regione
..... A.S.P. n. di
- c) di essere residente nell'ambito dell'A.S.P. n. di dal
.....;

dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Data

Firma

.....

(1) Ai sensi dell'art. 76, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000, "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia".

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto dott. nato a
 il, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, recante il testo unico
 delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa,

dichiara:

1) essere / non essere titolare a tempo indeterminato di incarico di emergenza sanitaria territoriale presso
 la Regione azienda n. di postazione

2) essere / non essere titolare a tempo determinato di incarico di emergenza sanitaria territoriale presso la
 Regione azienda n. di postazione

3) essere / non essere titolare di incarico come medico di assistenza primaria presso l'Azienda n. di
 ambito territoriale di n. scelte

4) essere / non essere titolare di incarico come medico specialista pediatra di libera scelta presso l'Azienda
 n. di ambito territoriale di
 n. scelte

5) essere/non essere titolare di incarico a tempo determinato o indeterminato di continuità assistenziale
 nella Regione

Azienda presidio ore sett.;

6) essere / non essere 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:

Soggetto ore settimanali

via comune

tipo di rapporto di lavoro dal

7) essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista
 ambulatoriale convenzionato interno:

Azienda branca

ore sett.

Azienda branca

ore sett.;

8) essere/non essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti accreditati esterni o di avere/non avere un
 apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, decreto legislativo n. 502/92:

Provincia Azienda

branca dal

9) essere / non essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al decreto
 legislativo n. 256/91 o a corsi di specializzazione di cui al decreto legislativo n. 257/91 e corrispondenti
 norme del decreto legislativo n. 368/99:

Denominazione del corso

Soggetto che lo svolge inizio dal

10) operare/non operare a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private
 convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le aziende, ai sensi dell'art. 8-quinquies del decreto
 legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:

Organismo ore sett. comune

Tipo di attività tipo di lavoro dal 11) svolgere/non svolgere
 funzioni di medico di fabbrica o di medico competente, ai sensi della legge n. 626/93:

Azienda ore sett. dal

12) svolgere/non svolgere per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito del quale può acquisire scelte:

Azienda comune
dal

13) avere/non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:

..... dal

14) essere/non essere titolare o partecipante di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possano configurare un conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il servizio sanitario nazionale:

..... dal

15) fruire/non fruire del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14 ottobre 1976 del Ministero del lavoro e della previdenza sociale:

dal

16) svolgere/non svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate:

Tipo di attività dal

17) essere/non essere titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate:

Azienda tipo di attività
ore sett. dal

18) operare/non operare a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico oltre alle ipotesi sopra evidenziate, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata:

Soggetto pubblico

Via Comune

Tipo di rapporto di lavoro

Tipo di attività dal

19) essere/non essere titolare di trattamento di pensione:

..... dal

20) fruire/non fruire di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al precedente punto 15):

Soggetto erogante il trattamento pensionistico

dal

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Data

Firma(2)

.....

(1) Ai sensi dell'art. 76, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000, "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia".

(2) Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000, la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.