

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI  
ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA ANNO 2024**

Medici di cui all'art. 9, comma 1, del Decreto Legge n. 135/2018, convertito con la Legge n. 12/2019 e ss.mm.ii. e di cui all'art. 12, comma 3, del Decreto Legge n. 35/2019, convertito con la Legge n. 60/2019 e ss.mm.ii. che frequentano il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione Sardegna



n. identificativo della marca da bollo

Nr. \_\_\_\_\_

**ARES SARDEGNA**

[incarichimedecinagenerale@pec.aressardegna.it](mailto:incarichimedecinagenerale@pec.aressardegna.it)

Il/La sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ M  F  codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ a far  
data dal \_\_\_\_\_ A.S.L. di residenza \_\_\_\_\_, e residente nel territorio della  
Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_, tel/cell \_\_\_\_\_,  
indirizzo di PEC \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA**

secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 18 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 28.04.2022, di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta presso la Regione Sardegna - anno 2024 - di cui all'avviso pubblicato sul sito istituzionale della Regione Sardegna a far data dal \_\_\_\_\_, e segnatamente per i seguenti:

ASL		AMBITO		ASL		AMBITO	
ASL		AMBITO		ASL		AMBITO	
ASL		AMBITO		ASL		AMBITO	
ASL		AMBITO		ASL		AMBITO	
ASL		AMBITO		ASL		AMBITO	
ASL		AMBITO		ASL		AMBITO	

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

**DICHIARA**

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università di..... in data ..... con voto \_\_\_\_/\_\_\_\_;
2. di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale, conseguita in data \_\_/\_\_/\_\_\_\_;
3. di essere iscritto/a all'Albo Professionale dell'Ordine dei Medici della Provincia di \_\_\_\_\_, dal \_\_/\_\_/\_\_\_\_;

4.  di partecipare ai sensi del **punto 1a del Paragrafo 1** 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. 12e ss.mm.ii (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\_\_\_/\_\_\_istituito presso la **Regione Sardegna** – data di inizio della frequenza del corso: \_\_\_\_\_.

di partecipare, ai sensi del **punto 1b del Paragrafo 1** dell'avviso: *medici ai sensi dell'art. 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60 e ss.mm.ii (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\_\_\_/\_\_\_ istituito presso la **Regione Sardegna** – data di inizio della frequenza del corso: \_\_\_\_\_.

– **Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo di posta elettronica certificata intestato al sottoscritto:**

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

firma per esteso \_\_\_\_\_

Allega alla presente, **a pena di nullità**, unitamente alla copia fotostatica del documento di identità, la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico di cui all'articolo 34, comma 18, dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale.

allegati n. \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) documenti.

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente in materia, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data \_\_\_\_\_

Firma per esteso \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ**  
**(art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)**

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ 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, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. citato,

**dichiara 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 a ciclo di scelta ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale del 28/04/2022 con massimale di n. \_\_\_\_ scelte e con n. \_\_\_\_ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di \_\_\_\_\_ ASSSL di \_\_\_\_\_ periodo dal \_\_\_\_\_;
- 3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la pediatria di libera scelta del 28/04/2022 con massimale di n. \_\_\_\_ scelte ASSSL di \_\_\_\_\_ periodo dal \_\_\_\_\_;
- 4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno (2);  
ASSSL di \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_
- 5) svolgere/non svolgere (1) attività di medico specialista ambulatoriale accreditato (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:  
ASSSL di \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
Tipo di attività \_\_\_\_\_ periodo dal \_\_\_\_\_;
- 7) essere/non essere (1) titolare di incarico di assistenza primaria ad attività oraria a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione Sardegna o in altra regione (2): Regione \_\_\_\_\_ ASSSL di \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ in forma attiva - in forma di disponibilità (1);
- 8) essere/non essere (1) titolare di incarico nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione Sardegna o in altra regione (2): Regione \_\_\_\_\_ ASSSL di \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ in forma attiva - in forma di disponibilità (1);
- 9) 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 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:  
Denominazione del corso: \_\_\_\_\_  
Soggetto pubblico che lo svolge \_\_\_\_\_  
Inizio dal \_\_\_\_\_;

- 10) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le ASSSL ai sensi dell'art. 8 - quinquies del D.L.vo 502/92 e successive modificazioni (2):  
Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
Tipo di attività \_\_\_\_\_  
Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
Periodo dal \_\_\_\_\_;
- 11) 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 \_\_\_\_\_;
- 12) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della legge n. 626/93  
ASSSL di \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
Periodo dal \_\_\_\_\_;
- 13) svolgere/non svolgere (1), funzioni fiscali per conto dell'INPS o dell'ASSSL di iscrizione nell'ambito territoriale in cui esercita attività a ciclo di scelta o attività oraria, fatti salvi gli incarichi di medicina dei servizi territoriali (2):  
Area socio sanitaria locale di \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
Periodo dal \_\_\_\_\_;
- 14) 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 \_\_\_\_\_;
- 15) essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;  
\_\_\_\_\_
- 16) 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 \_\_\_\_\_;
- 17) svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere nessuna);  
\_\_\_\_\_  
Periodo dal \_\_\_\_\_;
- 18) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato (2):  
ASSSL di \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
Tipo di attività \_\_\_\_\_  
Periodo dal \_\_\_\_\_;

19) 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:

Soggetto pubblico \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_

Periodo dal \_\_\_\_\_;

20) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a (2):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Periodo dal

\_\_\_\_\_;

21) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 16: (2) soggetto erogante il trattamento pensionistico \_\_\_\_\_

Pensionato dal \_\_\_\_\_;

note \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

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

(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".