

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DI BENEVENTO**

<b>Struttura Proponente: DIREZIONE SANITARIA</b>
<b>DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE</b>
N. <u>119</u> DEL <u>31.03.2021</u>
<b>OGGETTO: Pubblicazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale della Azienda Sanitaria Locale Benevento alla data del 1° marzo 2021 ai sensi dell'ACN 23/03/2005 smi.</b>

LA PRESENTE DELIBERAZIONE SI COMPONE DI N. 4 PAGINE CON N. 1 ALLEGATI CHE FORMANO PARTE INTEGRANTE E SOSTANZIALE DELLA STESSA

**DICHIARAZIONE DEL RESPONSABILE**

*Si attesta la regolarità giuridico-amministrativa del presente atto e di adeguata istruttoria (artt. 4, 5 e 6 L. 241/90)*

*Il Responsabile del Procedimento*

*Dott.ssa Maria Concetta Conte*

*Si attesta che il costo/ricavo di € \_\_\_\_\_ imputato al conto n. \_\_\_\_\_ (denominazione del conto) del Bilancio \_\_\_\_\_ ha capienza nel budget assegnato n. \_\_\_\_\_*

*Si attesta che il presente atto comporta costi per l'Azienda*

*Il Direttore Sanitario*

*Dott.ssa Maria Concetta Conte*

<p style="text-align: center;"><b>CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE</b></p> <p>Si ATTESTA che la presente delibera viene affissa in copia all'Albo Pretorio informatico dell'Ente il <u>31.03.2021</u> e vi rimarrà per 15 giorni consecutivi.</p> <p>Benevento, li <u>31.03.2021</u></p> <p style="text-align: center;">Il Funzionario incaricato Ufficio Delibere</p> <p style="text-align: center;"><u>D.ssa Daniela De Luca</u></p>	<p style="text-align: center;"><b>ESECUTIVITA'</b></p> <p>ORDINARIA DAL _____</p> <p>IMMEDIATA <u>31.03.2021</u></p> <p>Il Direttore Generale ASL</p> <p style="text-align: center;">Dott. Gennaro Volpe</p> <p style="text-align: center;">_____</p>
--	---

Il Direttore Sanitario alla stregua dell'istruttoria compiuta ai sensi degli art. 4, 5 e 6 della Legge 241/90, delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità amministrativo- contabile resa a mezzo della sottoscrizione della presente;

Dichiarata altresì espressamente con la sottoscrizione, nella qualità di responsabile del trattamento anche nella fase di pubblicazione, la conformità del presente atto ai principi di cui al D. Lgs 30 giugno 2003, n.196, con consequenziale esclusiva assunzione di responsabilità;

Dichiarata, infine, la conformità del presente atto ai principi di cui alla Legge 6 novembre 2012, n.190;

**Il Direttore Sanitario**  
**Dott.ssa Maria Concetta Conte**

**Premesso**

- che l'art.92 dell'ACN del 29.07.2009 e smi per la disciplina dei rapporti con i medici di Medicina Generale 29/07/2009 e smi, prevede che le Aziende procedono alla data del 1° marzo e del 1° settembre di ogni anno alla verifica degli organici in dotazione ai servizi di emergenza territoriale al fine di individuare gli incarichi vacanti e ne danno comunicazione alla Regione per la relativa pubblicazione nel Burc da effettuarsi rispettivamente entro la fine dei mesi di aprile e di ottobre;
- che con nota n.2019.0363012 del 07/06/2019 la Direzione Generale per la tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale ha individuato le AA.SS.LL. della Regione quali Enti incaricati di verificare gli organici in dotazione ai Servizi di Emergenza Territoriale, di verificare eventuali carenze di incarico, e procedere alla pubblicazione sul Burc ed a espletare le procedure consequenziali;

**Rilevate**

- le carenze per le postazioni di seguito indicate: Benevento (n. 3), Vitulano (n°1), Airola (n°1), Limatola (n. 2), Morcone (n°2), S. Salvatore Telesino (n.1), San Bartolomeo in Galdo SAUT+PSAUT (n. 2), Cerreto Sannita SAUT+PSAUT (n. 1), Ginestra degli Schiavoni (n. 2), Centrale Operativa ( n. 1), per un totale di n° 16 medici dell'Emergenza Sanitaria Territoriale;

**Atteso**

- che a seguito della verifica di cui all'art. 92, comma 1 dell'ACN del 29.07.2009, al 1° marzo 2021, risultano vacanti nell'organico della ASL Benevento per i servizi di emergenza territoriali n.16 incarichi, come da nota del Dirigente Responsabile della Unità Operativa Centrale Operativa 118 prot. n° 4106 del 12/01/2021 e prot. n. 37621 del 30/03/2021;

**Ritenuto**

- di dover pubblicare, i suddetti incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale individuati come da nota del Dirigente Responsabile della Centrale Operativa 118, prot. n.4106 del 12/01/2021 e prot. n. 37621 del 30/03/2021;

**Dato atto**

- che possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti pubblicati i medici in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione previsto ai sensi dell'art.96 dell'ACN succitato, con le seguenti priorità:
  - per trasferimento, ai sensi dell'art.92, comma 6, lettera a) dell'ACN del 27.07.2009 smi vigente per la Medicina Generale, i medici titolari di incarico a tempo indeterminato per la

## AZIENDA SANITARIA LOCALE DI BENEVENTO

Emergenza Sanitaria Territoriale in un'Azienda della Regione Campania 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;

- per graduatoria, ai sensi dell'art.92, comma 6, lettera b) dell'ACN del 27.07.2009 smi vigente per la Medicina Generale, i Medici inclusi nella graduatoria regionale valevole per l'anno 2020;
- ai sensi dell'art.92 comma 6 lettera c) dell'ACN del 27.07.2009 smi vigente per la Medicina Generale, i Medici che abbiano acquisito il Diploma di formazione specifica in Medicina Generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso;
- ai sensi dell'art.9, comma 1 del D.L. n.135/2018, convertito in L n.12/2019, i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale, iscritti al corso di formazione specifica in Medicina Generale;

**Dato atto**, altresì, che i medici aspiranti al conferimento degli incarichi dovranno presentare, ai sensi dell'art.92, comma 4, ACN, **entro venti giorni dalla pubblicazione sul BURC**, domanda, a seconda della categoria di appartenenza, oltre alla dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio di cui all'allegato e dell'ACN citato;

Per i motivi di cui in narrativa, che qui si intendono integralmente riportati

### PROPONE

1. **Di prendere atto** che risultano vacanti nell'organico della ASL Benevento per il servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale n.16 incarichi;
2. **Di pubblicare** sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania, come previsto dall'art.92, comma 3, del vigente ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 27.07.2009 smi gli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale individuati nell'ambito della Azienda Sanitaria Locale Benevento, per le postazioni di seguito indicate: le carenze per le postazioni di seguito indicate: Benevento (n. 3), Vitulano (n°1), Airola (n°1), Limatola (n. 2), Morcone (n°2), S. Salvatore Telesino (n.1), San Bartolomeo in Galdo SAUT+PSAUT (n. 2), Cerreto Sannita SAUT+PSAUT (n. 1), Ginestra degli Schiavoni (n. 2), Centrale Operativa ( n. 1), per un totale di n° 16 medici dell'Emergenza Sanitaria Territoriale;
3. **Di dare atto** che, ai sensi dell'art.92, comma 4, del citato ACN i Medici aspiranti al conferimento degli incarichi dovranno presentare alla Azienda Sanitaria Locale di Benevento, **entro venti giorni** dalla pubblicazione sul BURC, domanda conforme allo schema allegato, a seconda della categoria di appartenenza, oltre alla dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio di cui all'allegato E dell'ACN citato;
4. **Di trasmettere** il presente provvedimento a cura dell'Ufficio Delibere a:
  - Al Collegio Sindacale ai sensi di legge, per quanto di competenza
  - Bollettino Ufficiale della Regione Campania;
  - Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del SSR;
  - Alla Direzione Sanitaria aziendale
  - Alla UOC Controllo di Gestione

**Il Direttore Sanitario**  
**Dott.ssa Maria Concetta Conte**

## IL DIRETTORE GENERALE

DOTT. GENNARO VOLPE, in virtù dei poteri conferitigli con Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 376 del 06.08.2019 e D.P.G.R. n. 109 del 08.08.2019 e dell'atto Deliberativo n. 462/2019 col quale veniva immesso nelle funzioni con decorrenza 30.09.2019;

Visto il parere del Direttore Amministrativo che con la sottoscrizione del presente provvedimento si intende favorevole:

**Il Direttore Amministrativo**  
**Dott. Carlo Esposito**

## DELIBERA

Per i motivi suesposti, qui riportati e confermati, di:

1. **Prendere atto** che risultano vacanti nell'organico della ASL Benevento per il servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale n.16 incarichi;
2. **Publiccare** sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania, come previsto dall'art.92, comma 3, del vigente ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 27.07.2009 smi gli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale individuati nell'ambito della Azienda Sanitaria Locale Benevento, per le postazioni di seguito indicate: le carenze per le postazioni di seguito indicate: Benevento (n. 3), Vitulano (n°1), Airola (n°1), Limatola (n. 2), Morcone (n°2), S. Salvatore Telesino (n.1), San Bartolomeo in Galdo SAUT+PSAUT (n. 2), Cerreto Sannita SAUT+PSAUT (n. 1), Ginestra degli Schiavoni (n. 2), Centrale Operativa ( n. 1), per un totale di n° 16 medici dell'Emergenza Sanitaria Territoriale;
3. **Dare atto** che, ai sensi dell'art.92, comma 4, del citato ACN i Medici aspiranti al conferimento degli incarichi dovranno presentare alla Azienda Sanitaria Locale di Benevento, **entro venti giorni** dalla pubblicazione sul BURC, domanda conforme allo schema allegato, a seconda della categoria di appartenenza, oltre alla dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio di cui all'allegato E dell'ACN citato;
4. **Trasmettere** il presente provvedimento a cura dell'Ufficio Delibere a:
  - Al Collegio Sindacale ai sensi di legge, per quanto di competenza
  - Bollettino Ufficiale della Regione Campania;
  - Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del SSR;
  - Alla Direzione Sanitaria aziendale
  - Alla UOC Controllo di Gestione

Il Segretario Verbalizzante avrà l'obbligo di curare la trasmissione in prima persona del presente provvedimento nonché verificare l'assolvimento in materia di pubblicità e di trasparenza previsti dagli artt.26 e 27 del D.Lvo 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i.. assumendo, nel contempo, la responsabilità di verificare l'effettiva ricezione della presente da parte degli Uffici succitati.

**IL DIRETTORE GENERALE**  
**Dott. Gennaro Volpe**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI  
EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**  
( Per trasferimento )

**(ALLEGATO A)**

**AI DIRETTORE GENERALE**  
ASL Benevento

**Marca da Bollo € 16,00**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a

\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

a far data dal \_\_\_\_\_ Azienda di residenza \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_ Cell.

\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

**TITOLARE DI INCARICO A TEMPO INDETERMINATO PER L'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

Secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 6, lettera a), dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale 23.03.2005 e s.m.i., di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. del, e segnatamente per i seguenti incarichi ( indicare separatamente e con precisione gli incarichi per cui si concorre, specificando la postazione fissa o itinerante come da avviso ):

N. POSTI	PRESIDIO SAUT

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

### DICHIARA

- 1) Di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;
- 2) Di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di \_\_\_\_\_;
- 3) Di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato per l'emergenza sanitaria territoriale presso l'Azienda di \_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_;
- 4) Di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale:

Dal	al	ASL	Regione
Dal	al	ASL	Regione
Dal	al	ASL	Regione
Dal	al	ASL	Regione

- 5) Di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, conseguito presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- 6) Di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs.196/2003 e s.m.i. e del Regolamento 1.1 e n.2016/679.

#### Allega:

- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato E)
- Copia fotostatica di un documento d'identità ( art. 38 del DPR 445/00 )

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo pec: \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

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

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore ( art. 38 del DPR 445/00)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE**  
**DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**  
**( Per graduatoria )**

( ALLEGATO B )

**Marca da Bollo € 16,00**

**AI DIRETTORE GENERALE**  
ASL Benevento

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a

\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Dal \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

INSERITO NELLA GRADUATORIA REGIONALE VALIDA PER L'ANNO \_\_\_\_\_ al posto n° \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA**

Secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 6, lettera b, dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale 23.03.2005 e s.m.i., di assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, e segnatamente per i seguenti incarichi ( indicare separatamente e con precisione gli incarichi per cui si concorre, specificando la postazione fissa o itinerante come da avviso):

N.RO POSTI	PRESIDIO SAUT

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

### DICHIARA

- 1) Di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;
- 2) Di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di \_\_\_\_\_;
- 3) Di essere iscritto nella graduatoria regionale – valevole per l'anno \_\_\_\_\_ con punti \_\_\_\_\_, e che alla data di scadenza della presentazione della domanda di inserimento / integrazione titoli nella graduatoria non era titolare di incarico a tempo indeterminato per l'Emergenza Sanitaria Territoriale;
- 4) Di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato per l'emergenza sanitaria territoriale;
- 5) Di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- 6) Di essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato presso la stessa ASL nel Servizio di continuità assistenziale dal \_\_\_\_\_;
- 7) Di essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato nell'ambito della Regione Campania nel servizio di continuità assistenziale ASL \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;
- 8) Di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale, con seguito presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- 9) Di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento 1.1E n.2016/679.

#### Allega:

- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato E)
- Copia fotostatica di un documento d'identità ( art. 38 del DPR 445/00 )

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo PEC :

\_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

Firma per esteso

\_\_\_\_\_

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore ( art. 38 del DPR 445/00 )

( ALLEGATO C )

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE  
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE  
( art. 92, comma 6, lettera c vigente ACN )**

**Marca da Bollo € 16,00**

AL DIRETTORE GENERALE  
ASL Benevento

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a

\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Dal \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA**

Secondo quanto previsto dall'art. 92, comma 6, lettera c, dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale 23.03.2005 e s.m.i., di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, e segnatamente per seguenti incarichi ( indicare separatamente e con precisione gli incarichi per cui si concorre, specificando la postazione fissa o itinerante come da avviso ):

N. POSTI	PRESIDIO SAUT

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

### DICHIARA

- 1) Di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;
- 2) Di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di \_\_\_\_\_;
- 3) Di aver acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale presso la Regione \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- 4) Di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, conseguito presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- 5) Di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- 6) Di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento 1.1 E n.2016/679.

**Allega:**

- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegatoE);
- Copia fotostatica di un documento d'identità ( art. 38 del DPR 445/00 )

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo PEC:

\_\_\_\_\_

**Data,** \_\_\_\_\_

**Firma per esteso**

\_\_\_\_\_

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore ( art. 38 del DPR 445/00 )

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI  
EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**

(medico frequentante il corso di formazione specifica in medicina generale)

(ALLEGATO D)

**AL DIRETTORE GENERALE**

ASL Benevento

**Marca da Bollo € 16,00**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a

\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Dal \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Secondo quanto previsto dall'art. 9, comma 1 del Decreto Legge n.135/2018, convertito in Legge n. 12/2019 per l'assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale della Regione Campania qualora, espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 92 del vigente ACN, uno o più incarichi di emergenza sanitaria territoriale rimangono vacanti;

per gli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, e segnatamente per i seguenti incarichi (indicare separatamente e con precisione gli incarichi per cui si concorre, specificando la postazione fissa o itinerante come da avviso):

N. POSTI	PRESIDIO SAUT

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

#### DICHIARA

- 1) Di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;
- 2) Di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di \_\_\_\_\_;
- 3) Di frequentare il \_\_\_\_\_ (indicare l'anno di corso) anno del Corso di formazione specifica in medicina generale relativo al corso triennale \_\_\_\_/\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ la \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_ iniziato in data \_\_\_\_\_;
- 4) Di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria territoriale, conseguito presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- 5) Di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- 6) Di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento 1.1E n.2016/679.

#### DICHIARA INOLTRE

- a) Di essere a conoscenza che verrà eventualmente interpellato qualora, espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 92 del vigente ACN uno o più incarichi di emergenza sanitaria territoriale rimarranno vacanti.
- b) Di essere a conoscenza che potrà partecipare all'assegnazione di tali incarichi solo se iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale.

#### Allega:

- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato E)
- Copia fotostatica di un documento d'identità (art. 38 del DPR 445/00)

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo pec:

\_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

**Firma per esteso**

\_\_\_\_\_

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art. 38 del DPR 445/00)

(ALLEGATO E)

### AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ prov.  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ iscritto all'Ordine dei Medici  
della Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_, consapevole delle responsabilità amministrative e penali  
conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76, DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47  
DPR 445/2000

#### DICHIARA

1. Fruire/non fruire (1) del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministero del lavoro e della Previdenza sociale;
2. Fruire/non fruire (1) di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente;
3. Fruire/non fruire (1) di trattamento di quiescenza per le sole prestazioni della quota "A" del fondo di previdenza generale dell'EMPAM;
4. 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 \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_
5. Essere/non essere (1) titolare di incarico come Medico di Assistenza Primaria ai sensi del relativo Accordo collettivo Nazionale con massimale di n. \_\_\_\_\_ scelte e con n. \_\_\_\_\_ scelte incarico con riferimento al riepilogo mensile del mese di \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_
6. Essere/non essere (1) titolare di incarico come medico Pediatra di Libera Scelta ai sensi dell'Accordo collettivo Nazionale con massimale di n. \_\_\_\_\_ scelte periodo dal \_\_\_\_\_
7. Essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno:(2)  
Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_  
Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_
8. Essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni:(2)  
Prov. \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ periodo dal \_\_\_\_\_

9. Avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 quinquies, Decreto Legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni:

Azienda \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

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

10. 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 altre Regione (2): Regione \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_

Ore settimanali \_\_\_\_\_ in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

11. Essere/non essere (1) iscritto al Corso di Formazione in Medicina Generale di cui al Decreto Legislativo n. 256/1991 o al Corso di Specializzazione di cui al Decreto Legislativo 257/1991, e corrispondenti norme di cui al Decreto Legislativo n. 368/1999 e successive modifiche ed integrazioni.

Denominazione corso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Soggetto Pubblico che lo

svolge \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Inizio dal \_\_\_\_\_

12. Operare/non operare (1) a qualsiasi titolo 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. 502/1992 e successive modificazioni(2):

Organismo \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ Tipo di attività \_\_\_\_\_

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

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

13. 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 Legge n. 833/1978:(2)

Organismo \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ Tipo di attività \_\_\_\_\_

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

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

14. Svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n.81

Azienda \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ settimanali

\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Periodo dal \_\_\_\_\_

15. 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 \_\_\_\_\_
16. Avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:(2)  
 Azienda \_\_\_\_\_  
 Periodo dal \_\_\_\_\_
17. Essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interesse col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale  
 \_\_\_\_\_
18. Svolgere/non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compresa nei punti precedenti; in caso negativo scrivere NESSUNA): \_\_\_\_\_  
 Periodo dal \_\_\_\_\_
19. Essere/non essere (1) titolare di incarico nella Medicina dei Servizi o nelle Attività Territoriali Programmate, a tempo indeterminato o a tempo determinato: (2)  
 Azienda \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ settimanali  
 \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ attività  
 \_\_\_\_\_ Periodo dal \_\_\_\_\_
20. Operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in Medicina Generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza o ai rapporti di lavoro convenzionati ai nn. 5, 6, 7,10):  
 Soggetto pubblico \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Tipo di attività \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

NOTE:

---



---



---



---

**DICHIARO CHE LE NOTIZIE SOPRA RIPORTATE CORRISPONDONO AL VERO**

Dichiaro, inoltre, di essere informato, a sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Decreto Legislativo 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 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\_\_\_\_\_

**In fede**

\_\_\_\_\_

- (1) Cancellare la parte che NON interessa
- (2) Completare le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare la sezione NOTE