

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI
CARENTI (ANNO 2023) PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA****MEDICI PEDIATRI SPECIALIZZATI DOPO IL 31 GENNAIO 2022****BOLLO 16€****ARES Sardegna**incarichimedecinagenerale@per.aressardegna.it

n. identificativo della marca da bollo

N° _____

Il sottoscritto/a dott. _____ consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 e ss.mm.ii. dichiara di essere nato/a a _____ il ____ / ____ / _____, codice fiscale: _____ residente a _____ prov. _____ via _____ CAP _____ cellulare: _____ ASL di residenza _____

Residente nella Regione _____;

PRESENTA DOMANDA DI CANDIDATURA

Ai sensi e per le finalità di cui all'art. 32, comma 12, lettera b) dell'ACN 28/04/2022, nel sotto indicato ambito territoriale carente, pubblicato sull'Avviso per l'assegnazione delle sedi residue carenti annualità 2023, del sito ARES Sardegna:

ASL	AMBITO TERRITORIALE	ASL	AMBITO TERRITORIALE
1		5	
2		6	
3		7	
4		8	

A tal fine dichiara:

di aver conseguito il diploma di specializzazione in pediatria presso l'Università degli studi di _____ in data ____ / ____ / _____ con voto finale ____ / ____ (specificare il voto in modo completo);

Di aver conseguito il diploma di specializzazione in discipline equipollenti alla pediatria _____

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso il seguente indirizzo pec (intestato al sottoscritto): _____

Allega alla presente la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà atta a comprovare il diritto a concorrere, allegato 1) e copia del documento di identità in corso di validità e codice fiscale.

ALLEGATI N. _____

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

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI
(Art. 43 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii.)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a
_____ prov. _____ in _____ via
_____ n. _____ a far data dal ____ / ____ / _____;
precedentemente residente nel Comune di _____ prov.
_____ dal ____ / ____ / _____ al ____ / ____ / _____ ASL di
residenza _____.

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii.

DICHIARA

Di aver conseguito il diploma di specializzazione in pediatria presso l'Università degli studi di _____ in data ____ / ____ / _____ con voto finale (specificare il voto in modo completo) _____ / _____.

Di aver conseguito il diploma di specializzazione in discipline equipollenti alla pediatria (indicare la disciplina) ai sensi della tabella B) del 30/01/1998 e ss.mm.ii. presso l'Università degli studi di _____ in data ____ / ____ / _____ con voto finale (specificare il voto in modo completo) _____ / _____.

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e data

Firma

DICHIARAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà)
(art. 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e ss.mm.ii.)

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ il _____ residente in _____ Via/Piazza _____ n° _____ iscritto all'Albo dei medici chirurghi e Odontoiatri della Provincia di _____ ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Dichiara formalmente di:

1) essere / non essere⁽¹⁾ titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati⁽²⁾;

Soggetto _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal ____ / ____ / _____ al ____ / ____ / _____;

2) essere / non essere⁽¹⁾ titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del vigente Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte e con n° _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____;

3) essere / non essere⁽¹⁾ titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del vigente Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____;

4) 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 _____;

5) essere / non essere⁽¹⁾ iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni⁽²⁾:
Provincia _____ branca _____
periodo dal ____ / ____ / _____;

6) essere / non essere⁽¹⁾ titolare di incarico di guardia medica nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato⁽¹⁾, nella Regione _____ o in altra regione⁽²⁾:
Regione _____ Azienda _____
ore settimanali _____ in forma attiva – in forma di disponibilità⁽¹⁾;

7) operare / non operare⁽¹⁾ a qualsiasi titolo in e / o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate che abbiano accordi contrattuali con le aziende ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii.⁽²⁾: Organismo _____
ore sett. _____ via _____
Comune di _____
tipo di attività _____
tipo di rapporto di lavoro _____
periodo dal ____ / ____ / _____;

8) 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 della L. 833/78⁽²⁾:
Organismo _____

ore sett. _____ via _____

Comune di _____

tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____

periodo dal ____ / ____ / _____;

9) svolgere / non svolgere⁽¹⁾ funzioni di medico di fabbrica⁽²⁾ o di medico competente ai sensi del D.lgs n. 81/2008: Azienda _____

ore sett. _____ via _____

Comune di _____

periodo dal ____ / ____ / _____;

10) 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 _____

ore sett. _____ Comune di _____

periodo dal ____ / ____ / _____;

11) fruire / o 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;

12) svolgere / non svolgere⁽¹⁾ altre attività 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 ____ / ____ / _____;

13) operare / non operare⁽¹⁾ a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3, 4 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 5, 6, 7): Soggetto pubblico _____

via _____

Comune di _____

tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____

periodo dal ____ / ____ / _____;

14) fruire / o non fruire⁽¹⁾ del trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente a carico del _____

periodo dal ____ / ____ / _____;

15) fruire / o non fruire⁽¹⁾ del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita⁽²⁾: soggetto erogante il trattamento di adeguamento _____

periodo dal ____ / ____ / _____;

16) essere / non essere iscritto⁽¹⁾ al corso di formazione in medicina generale o corsi di specializzazione di cui ai Decreti legislativi nn. 256/91, 257/91, 368/99 e 277/2003: denominazione corso _____

soggetto pubblico che lo svolge _____

inizio dal ____ / ____ / _____;

17) avere / non avere⁽¹⁾ qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta a qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche⁽²⁾ _____;

18) essere / non essere⁽¹⁾ titolare o compartecipe di quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il SSN⁽²⁾ _____

NOTE: _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero⁽³⁾

Data

Firma del dichiarante⁽⁴⁾

- **Allegare documento d'identità in corso di validità**

⁽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"

⁽³⁾ L'Amministrazione può svolgere, in qualsiasi momento, specifici controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese dai partecipanti al presente comunicato, in attuazione all'art. 71 del DPR n. 445; Ai sensi e agli effetti degli artt. 75 e 76 del DPR 28/12/2000, n. 445 e ss.mm.ii., le dichiarazioni mendaci e la falsità in atti, sono puniti dal codice penale, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

⁽⁴⁾ Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del DPR 28/12/2000, n. 445 e ss.mm.ii., le istanze e le dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica possono essere sottoscritte con firma non autenticata **se vengono trasmesse unitamente a copia fotostatica di documento di identità in corso di validità del dichiarante.**