

Avviso parte integrante della determinazione n. DPF015/ 14 del 8 APR. 2020.

Incarichi vacanti di continuità assistenziale individuati per l'anno 2020 presso le Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo. Art. 63 A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 23.03.2005 e s.m.i. e art. 9 D.L. n.135/2018, convertito in L. n.12/2019 e s.m.i.

Ai sensi dell'art. 63, comma 1, del vigente ACN nel presente avviso sono pubblicati gli incarichi vacanti di continuità assistenziale e quelli che si renderanno disponibili nel corso dell'anno, individuati dalle Aziende sulla base dei criteri di cui all'art. 64. Per questi ultimi, accanto all'indicazione dell'incarico vacante risulta indicata la data in cui si verificherà la carenza.

Entro 20 giorni dalla data di pubblicazione del presente Avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione i medici interessati possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti presentando **esclusivamente mediante PEC** domanda di partecipazione secondo i fac-simile allegati (A-B-C-D), compilando altresì l'allegato F (AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA) e l'allegato E (MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO).

ATTENZIONE: relativamente agli incarichi pubblicati in previsione di pensionamento del titolare, si precisa che il conferimento dell'incarico è subordinato all'effettiva cessazione del medico che potrebbe rimanere in servizio oltre la data di pensionamento, per il periodo di emergenza COVID-19, di cui alla Delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020.

Possono concorrere al conferimento degli incarichi:

a) **per trasferimento**, i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale da almeno 2 anni in un'Azienda della Regione Abruzzo e quelli titolari in un'Azienda di altra Regione da almeno 3 anni che al momento di attribuzione dell'incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del SSN, eccezion fatta per i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria con un carico inferiore a 650 assistiti. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza della metà degli incarichi disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto può essere esercitato il diritto di trasferimento.

I medici sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato di medico di continuità assistenziale, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'articolo 18, comma 1, ACN. Per la valutazione dell'anzianità di incarico il termine finale per il calcolo del periodo di anzianità è dato dalla data di pubblicazione degli incarichi vacanti nel BURAT.

In caso di pari posizione in graduatoria i medici sono graduati nell'ordine della minore età, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

Il medico che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza, fatto salvo l'obbligo di garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso. La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

I medici già titolari d'incarico di continuità assistenziale a tempo indeterminato possono concorrere all'assegnazione solo per trasferimento.

b) I medici inclusi nella graduatoria regionale valevole per l'anno 2020 pubblicata nel B.U.R.A.T. Speciale n. n. 160 del 29 novembre 2019.

Per l'assegnazione degli incarichi le Regioni riservano, ai sensi dell'art. 63, comma 11, ACN, una percentuale, calcolata sul numero complessivo di incarichi a livello regionale, definita nel modo seguente:

- 80 % a favore dei medici in possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale;
- 20 % a favore dei medici in possesso di titolo equipollente.

Gli aspiranti all'assegnazione degli incarichi vacanti possono concorrere esclusivamente per una delle riserve di assegnazione.

I medici sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

- 1) punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'articolo 15;
- 2) punti 5 a coloro che nell'ambito dell'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;
- 3) 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.

In caso di pari posizione in graduatoria i medici sono graduati nell'ordine della minore età, del voto di laurea e della anzianità di laurea.

- c) **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**, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda.

Tali medici concorrono successivamente ai trasferimenti ed ai medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno 2020 e sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea, con priorità di interpello per i residenti nel territorio aziendale, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

- d) ai sensi dell'articolo 9, comma 1, del Decreto Legge n.135/2018, convertito in Legge n.12/2019, **i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale, iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Abruzzo**, possono partecipare all'assegnazione degli incarichi convenzionali. L'assegnazione degli incarichi è in ogni caso subordinata rispetto ai medici in possesso del relativo diploma e agli altri medici aventi, a qualsiasi titolo, diritto all'inserimento nella graduatoria regionale.

Unità Regionale d'Abruzzo

Pertanto, qualora espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 63 del vigente ACN, comprese le procedure di cui all'art. 63, comma 15 (Avviso da pubblicare sul sito della SISAC), uno o più ambiti territoriali di assistenza primaria rimarranno vacanti si procederà all'interpello dei medici laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Abruzzo.

Tali medici sono interpellati nel seguente ordine:

- medici frequentanti la terza annualità del corso
- medici frequentanti la seconda annualità del corso
- medici frequentanti la prima annualità del corso

in attuazione dell'art. 63, commi 8 e 10, a parità di annualità di frequenza i medici sono ordinati in base ai seguenti criteri:

- minore età al conseguimento del diploma di laurea
- voto di laurea
- anzianità di laurea

con priorità di interpello per i medici residenti - alla data di pubblicazione delle carenze - nel territorio aziendale.

L'avviso relativo alla data fissata per l'eventuale interpello sarà pubblicato sul portale Sanità della Regione Abruzzo nel Canale Assistenza Territoriale (<http://sanita.regione.abruzzo.it/canale-assistenza-territoriale/medicina-convenzionata>) e comunicato ai medici che hanno proposto domanda per gli incarichi residuati.

La domanda, **in bollo**, compilata e debitamente sottoscritta, e i relativi allegati devono essere spediti, alle Aziende U.S.L. in relazione agli ambiti territoriali carenti pubblicati, esclusivamente a mezzo PEC ai seguenti indirizzi di posta elettronica certificata:

Azienda USL Avezzano Sulmona L'aquila
Azienda USL Lanciano Vasto Chieti
Azienda USL Pescara
Azienda USL Teramo

protocollogenerale@pec.asl1abruzzo.it
assistenza.base@pec.asl2abruzzo.it
medicinaconvenzionata.aslpe@pec.it
cast@pec.aslteramo.it

L'oggetto della PEC dovrà contenere SOLO la seguente dicitura: DOMANDA INCARICHI VACANTI C.A. 2020.

La domanda può essere prodotta con un'unica PEC, salvo che risulti impossibile, per le dimensioni del o dei FILE; in tal caso il candidato potrà trasmettere più PEC specificando nelle successive che si tratta di integrazioni alla domanda, sempre entro il termine di scadenza di 20 giorni dalla data di pubblicazione dell'avviso nel BURA.

La domanda e gli allegati, ove l'interessato sia in possesso di firma digitale, potranno essere sottoscritti digitalmente nelle forme stabilite dalla legge.

Inoltre la domanda deve essere in regola con le vigenti norme in materia di imposta di bollo dell'importo di euro 16,00. Ai fini della relativa dimostrazione dovrà essere debitamente compilato, sottoscritto e trasmesso, in allegato alla medesima PEC, il Modulo Allegato E e sul modello di domanda dovrà essere indicato, nell'apposito spazio, il codice numerico composto da 14 cifre rilevabili dal contrassegno.

Si chiarisce che, con Risoluzione n. 89/E del 2016, l'Agenzia delle Entrate ha evidenziato che, nel caso di pagamento dell'imposta di bollo mediante contrassegno telematico, il contribuente deve curare la conservazione del contrassegno utilizzato entro il termine di decadenza triennale previsto per l'accertamento da parte dell'Amministrazione finanziaria (art. 37 del D.P.R. n. 642 del 1972).

Ai fini della validità della domanda e delle dichiarazioni sostitutive deve essere allegata la fotocopia di un documento di identità o di riconoscimento equipollente in corso di validità.

Le Aziende U.S.L. provvederanno a predisporre le graduatorie aziendali che verranno rese pubbliche mediante affissione all'albo aziendale.

Per l'assegnazione degli incarichi secondo la riserva prevista dall'art. 63, comma 11, vigente ACN, la Regione unificerà le suddette graduatorie aziendali e pertanto i medici che hanno presentato domanda saranno inseriti in un'unica graduatoria regionale pubblicata sul portale Sanità della Regione Abruzzo nel Canale Assistenza Territoriale (<http://sanita.regione.abruzzo.it/canale-assistenza-territoriale/medicina-convenzionata>).

Le Aziende USL provvederanno alla convocazione dei medici aventi titolo con un preavviso di quindici giorni e al conferimento degli incarichi vacanti resi pubblici secondo le modalità di cui all' art. 63 del vigente ACN.

Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare la propria accettazione mediante telegramma o PEC, indicando l'ordine di priorità per l'accettazione tra gli incarichi vacanti per i quali ha concorso. Il telegramma o la PEC devono pervenire alle Aziende UU.SS.LL. perentoriamente entro le ore 12:00 del giorno precedente la data fissata per la riunione inerente all'assegnazione degli incarichi presso la Regione Abruzzo – Dipartimento per la Salute e il Welfare.

ATTENZIONE: I medici che aspirano al conferimento degli incarichi non devono trovarsi nelle condizioni di cui all'art. 17, comma 2, lettere b) e f) dell'Accordo Collettivo Nazionale del 23.03.2005, così come modificato dall'Accordo del 21.06.2018 (cfr. art. 8 commi 1 e 2), ovvero non devono:

- fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15.10.1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni della "quota A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM".

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679, in relazione ai dati personali richiesti, si precisa che tali dati verranno trattati esclusivamente per le finalità e gli adempimenti istituzionali previsti dall'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale per la procedura di copertura degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria.

AZIENDE UNITA' SANITARIE LOCALI
ASL AVEZZANO SULMONA L'AQUILA

n. incarichi

L'Aquila	2
Monteoreale	2
San Demetrio né Vestini	1
Navelli	1
Rocca di Mezzo	1
Tornimparte	1
Balsorano	4
Celano	1
Civitella Roveto	3
Carsoli	1
Tagliacozzo	1
Pescasseroli	1
Pratola Peligna	1
"Numero unico della continuità assistenziale"	1
Carsoli dal 2 agosto 2020	1
Carsoli dal 1 dicembre 2020	1

ASL LANCIANO VASTO CHIETI

Circoscrizione di Ortona	1
Circoscrizione di Chieti (centro)	1
Circoscrizione di Guardiagrele	1
Circoscrizione di Miglianico	1
Circoscrizione di San Salvo	5
Circoscrizione di Palmoli	2
Circoscrizione di Celenza sul Trigno	1
Circoscrizione di Fossacesia	1
Circoscrizione di Pizzoferrato	1
Circoscrizione di Lanciano	1
Circoscrizione di Francavilla al mare	1
Circoscrizione di Casalbordino	2
Circoscrizione di Castiglione Messer Marino	2
Circoscrizione di Casoli	1
Circoscrizione di Torricella Peligna	1
Centrale operativa/Numero Unico	1

ASL PESCARA

Penne dal 1 aprile 2020	1
Pescara dal 1 aprile 2020	1
Montesilvano dal 13 aprile 2020	1
Bussi sul Tirino dal 1 novembre 2020	1
Torre dé Passeri dal 1 dicembre 2020	1

ASL TERAMO

DSS Teramo

Circoscrizione Teramo	
Sede di Teramo	2
Centrale Numero Unico	1

DSS Montorio al Vomano

Circoscrizione Montorio al Vomano – Tossicia	
Sede Montorio al Vomano	1

DSS Roseto degli Abruzzi

Circoscrizione Mosciano Sant'Angelo-Bellante	
Sede di Mosciano Sant'Angelo	1
Circoscrizione Notaresco-Cellino Attanasio	
Sede di Notaresco	1
Circoscrizione Giulianova	
Sede di Giulianova	1

DSS Val Vibrata

Circoscrizione Alba Adriatica-Tortoreto	
Sede di Tortoreto	3
Circoscrizione Sant'Egidio alla Vibrata – Ancarano – Civitella del Tronto	
Sede di Sant'Egidio alla Vibrata	1
Circoscrizione Martinsicuro – Colonnella – Controguerra	
Sede di Martinsicuro	1

DSS Atri

Circoscrizione Bisenti – Arsita – Castiglione Messer Raimondo – Montefino	
Sede di Bisenti	2



per IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
vacante

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO
Dott. Giuseppe Bucciarelli

Il presente avviso è consultabile sul portale Sanità della Regione Abruzzo nel Canale Assistenza Territoriale (<http://sanita.regione.abruzzo.it/canale-assistenza-territoriale/medicina-convenzionata>) e sul B.U.R.A. (<http://bura.regione.abruzzo.it/>).

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE**
(per trasferimento)

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO

_____.

AL **DIRETTORE GENERALE**

ASL _____

Il/La sottoscritto/a Dott. _____ nato/a a
_____ Prov. _____ il _____ codice fiscale
_____ residente a _____ prov.
_____ via _____ n. _____ CAP _____ tel.
_____ Pec: _____ titolare di incarico a
tempo indeterminato per la continuità assistenziale

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 3, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo n. _____ del ____/____/2020, e segnatamente per i seguenti incarichi :

INCARICO		INCARICO	
INCARICO		INCARICO	
INCARICO		INCARICO	
INCARICO		INCARICO	
INCARICO		INCARICO	
INCARICO		INCARICO	
INCARICO		INCARICO	
INCARICO		INCARICO	

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

- di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____ (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110);
- di essere iscritto all'Ordine dei medici di _____;
- di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale presso l'Azienda USL di _____ ambito territoriale

_____ della Regione
_____ dal _____ (detratti
periodi di eventuale sospensione dall'incarico);

4. di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato nella continuità assistenziale:
dal _____ al _____ ASL _____ Regione _____;
dal _____ al _____ ASL _____ Regione _____;
dal _____ al _____ ASL _____ Regione _____;
dal _____ al _____ ASL _____ Regione _____;
5. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679.

Allega:

- modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta di bollo (allegato E)
- atto sostitutivo di notorietà (allegato F);
- copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).

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

Giunta Regionale d'Abruzzo
Data _____ firma per esteso _____

5. precedenti residenze:

dal _____ al _____ Comune di _____ Prov _____;

dal _____ al _____ Comune di _____ Prov _____;

dal _____ al _____ Comune di _____ Prov _____;

6. di essere in possesso del Diploma di formazione specifica in medicina generale conseguito presso la Regione _____ in data _____;

7. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679.

Chiede, ai sensi dell'art. 63, comma 13, dell'A.C.N. per la Medicina Generale di poter accedere alla riserva di assegnazione come appresso indicato (barrare una sola casella):

riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale.

riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (articolo 16, comma 7, lettera b).

Allega:

- modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta di bollo (allegato E)

- atto sostitutivo di notorietà (allegato F);

- copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).

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

Data _____

_____ firma per esteso

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE**
(art. 63, comma 3, lettera c), vigente ACN)

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO

_____.

AL DIRETTORE GENERALE
ASL _____

Il/La sottoscritto/a Dott. _____ nato/a
a _____ Prov. _____ il
_____ codice fiscale _____ residente a
_____ prov. _____ via
_____ n. _____ CAP _____ tel. _____
Pec: _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall' art. 63, comma 3, lettera c), dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale di assegnazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo n. _____ del ____ / ____ /2020 , e segnatamente per i seguenti incarichi:

INCARICO		INCARICO	
INCARICO		INCARICO	
INCARICO		INCARICO	
INCARICO		INCARICO	
INCARICO		INCARICO	
INCARICO		INCARICO	
INCARICO		INCARICO	
INCARICO		INCARICO	

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

- di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____ (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110)
- di essere iscritto all'Ordine dei medici di _____;
- di aver acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale presso la Regione _____ in data _____;
- di essere residente nel Comune di _____ (Prov. _____) dal _____;

5. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679.

Allega:

- modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta di bollo (allegato E)
- atto sostitutivo di notorietà (allegato F);
- copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).

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

Data _____

firma per esteso

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE**
(medico frequentante il corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Abruzzo)

CODICE IDENTIFICATIVO MARCA DA BOLLO

_____.

AL DIRETTORE GENERALE
ASL _____

Il/La sottoscritto/a Dott. _____ nato/a a _____
Prov. _____ il _____ codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____ CAP _____ cell. _____
Pec: _____

FA DOMANDA

- secondo quanto previsto dall'articolo 9, comma 1, del Decreto Legge n.135/2018, convertito in Legge n.12/2019, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale della Regione Abruzzo qualora espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 63 del vigente ACN, comprese le procedure di cui al comma 15, uno o più incarichi vacanti di continuità assistenziale rimangono vacanti

Giunta Regionale d'Abruzzo

INCARICO		INCARICO	
INCARICO		INCARICO	
INCARICO		INCARICO	
INCARICO		INCARICO	
INCARICO		INCARICO	
INCARICO		INCARICO	
INCARICO		INCARICO	
INCARICO		INCARICO	

- per gli incarichi vacanti di continuità assistenziale pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo n..... del ____/____/____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

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 in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data ____/____/____ con voto _____; (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110)

2. di essere iscritto all'Ordine dei Medici 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 Abruzzo iniziato in data ____/____/_____;
4. di essere residente nel Comune di..... prov (.....) dal.....;
5. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679.

DICHIARA INOLTRE

- di essere a conoscenza che verrà eventualmente interpellato – con avviso successivo da pubblicarsi sul Portale Sanità della Regione Abruzzo e con apposita comunicazione - qualora, espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 63 del vigente ACN, comprese le procedure di cui all'art. 63, comma 15, uno o più incarichi vacanti di continuità assistenziale rimarranno vacanti;
- di essere a conoscenza che potrà partecipare all'assegnazione di tali incarichi solo se iscritto al Corso di formazione specifica in medicina generale istituito presso la Regione Abruzzo.

Allega copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).

Chiede che ogni eventuale comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo di posta elettronica certificata:

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).

**MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO DOVUTA PER LA
PRESENTAZIONE DI ISTANZE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**

<p>SPAZIO PER MARCA DA BOLLO</p> <p>da annullare con data e firma</p>

Il/La sottoscritto/a Dott. _____

nato/a a _____ prov. _____

il ____/____/____ codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

consapevole delle responsabilità amministrative e penali, conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione
uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ai sensi ed agli effetti dell'art. 47
del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

DICHIARA

di aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo dovuta per l'istanza di partecipazione all'assegnazione
degli incarichi vacanti di continuità assistenziale individuati per l'anno 2020 presso le Aziende UU.SS.LL.
della Regione Abruzzo con la marca da bollo sopra apposta e annullata.

- di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e
pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini di successivi controlli.

Firma autografa leggibile

Luogo e data _____

AVVERTENZE

1. Il presente modulo, provvisto della marca da bollo (annullata secondo le indicazioni di cui al punto 2), deve essere debitamente compilato e sottoscritto con firma autografa del dichiarante e deve essere allegato alla domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale individuati per l'anno 2020 presso le Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo.
2. La marca da bollo, applicata nell'apposito spazio, dovrà essere annullata tramite l'apposizione della data e la firma sulla stessa e parte del modulo.
3. **Il codice identificativo della marca da bollo a 14 cifre deve essere riportato nell'apposito spazio posto in alto a sinistra del modulo di domanda.**

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott. _____ nato a
 _____ (_____) il _____ residente in
 _____ Via/Piazza _____ n°
 _____ iscritto all'albo dei _____
 _____ della provincia di _____

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. 28.12.2000, n. 445

dichiara formalmente di

- 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 Ministro 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'ENPAM;

- 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) :

Giunta Regionale d'Anzico

Soggetto _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo : dal _____

- 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 in carico 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)

provincia _____ 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 _____

- 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 altra regione (2) :

Regione _____ Azienda _____
ore sett. _____ in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

- 11) essere / non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Legislativo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Legislativo n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al Decreto Legislativo n. 368/99 e successive modifiche ed integrazioni.

Denominazione del corso _____
Soggetto pubblico che lo svolge _____
Inizio: dal _____

- 12) operare /non operare (1) 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. 502/1992 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. 833/78 : (2)

Organismo _____ ore settimanali _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

- 11) svolgere / non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81:

Giunta Regionale d' Abruzzo

Azienda _____ ore settimanali _____
Via _____ Comune di _____
Periodo: dal _____

- 12) 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 _____

- 13) 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 _____

- 14) 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: _____

- 15) 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 _____

16) essere / non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate, a tempo determinato o a tempo indeterminato : (1) (2)
Azienda _____ Comune _____ ore sett. ____
Tipo di attività _____
Periodo : dal _____

17) 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 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 5 , 6, 7,10) :
Soggetto pubblico _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo : dal _____

NOTE: _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

Giunta Regionale d' Abruzzo

6 Dichiaro, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 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.

In fede

data _____

Firma _____

(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 "

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. del 28 dicembre 2000, n. 445, le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica o ai gestori o esercenti di pubblici servizi sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

