

# Modulistica

Il presente allegato contiene quattro possibili modelli di fac-simile di domanda, ciascuno con annessa dichiarazione sostitutiva di atto notorio, a seconda della fattispecie di interesse del candidato:

- 1) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA - ANNO 2021 - PER TRASFERIMENTO
- 2) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA - ANNO 2021 - PER GRADUATORIA
- 3) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA - ANNO 2021 - Medici che hanno acquisito il titolo successivamente alla scadenza del termine previsto per la domanda di inserimento in graduatoria regionale -
- 4) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA - ANNO 2021 - Medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale

1)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI  
VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA  
(PER TRASFERIMENTO ANNO 2021)



n. identificativo della marca da bollo

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

ARES SARDEGNA

[incarichimedicinagenerale@pec.atssardegna.it](mailto:incarichimedicinagenerale@pec.atssardegna.it)

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ M  F  codice fiscale \_\_\_\_\_ Residente  
a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_.

A far data dal \_\_/\_\_/\_\_\_\_ è residente nel territorio della Regione \_\_\_\_\_; titolare di incarico a  
tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso Area socio sanitaria locale di \_\_\_\_\_ per  
l'ambito territoriale di \_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

secondo quanto previsto dall'art. 34, c.5 lett.a), dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale del 23/03/2005, così come  
sostituito dall'art. 5 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale, reso esecutivo con  
l'intesa Stato-Regioni del 21 giugno 2018 e ulteriormente modificato dall'art. 4 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei  
rapporti con i Medici di medicina generale, reso esecutivo con l'intesa Stato-Regioni del 18 giugno 2020, per l'assegnazione degli ambiti  
territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma della Sardegna n. \_\_\_\_\_ del  
\_\_\_\_\_, e segnatamente per i seguenti incarichi:

ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	

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

Allega alla presente, **unitamente alla copia fotostatica del documento di identità**, la documentazione o autocertificazione e  
dichiarazione sostitutiva, atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico per trasferimento ai sensi dell'articolo 34,  
comma 2, lettera a) e ss.mm.ii. dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale e l'anzianità complessiva di incarico in  
assistenza primaria.

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 DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

(PER TRASFERIMENTO ANNO 2021)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ 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:

- essere residente nella Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_;
- essere attualmente titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso l'ambito territoriale n° \_\_\_\_\_ dell'Area socio sanitaria locale di \_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, (\*) con una anzianità complessiva di 1° incarico a tempo indeterminato decorrente dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_;
- aver prestato servizio, continuativo quale medico per l'assistenza primaria a tempo indeterminato:
  - dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\* al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\* ambito territoriale n. \_\_\_\_\_ ASL di \_\_\_\_\_;
  - dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\* al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\* ambito territoriale n. \_\_\_\_\_ ASL di \_\_\_\_\_;
  - dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\* al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\* ambito territoriale n. \_\_\_\_\_ ASL di \_\_\_\_\_;
- aver sospeso il servizio, quale medico convenzionato per l'assistenza primaria a tempo indeterminato:
  - dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\* al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\* per \_\_\_\_\_;
  - dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\* al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\* per \_\_\_\_\_;
  - dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\* al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\* per \_\_\_\_\_;
  - dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\* al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\* per \_\_\_\_\_;

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

\_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 47, comma 1 3 art. 38, comma 3, del DPR n. 445/2000 la dichiarazione sostitutiva di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

\* Indicare giorno, mese, anno; la data indicata per i servizi ricoperti deve essere quella di conferimento della titolarità da parte dell'Area Socio Sanitaria Locale.

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

**(PER TRASFERIMENTO ANNO 2021)**

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 ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale del 23/03/2005 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 15/12/2005 e ss.mm.ii 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 nella continuità assistenziale 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, stabilimenti, 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), per conto dell'INPS dell'ASSSL di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte (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 partecipante 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 (1) (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 (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1,2,3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4,5,6,7):

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 15: (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".

## 2)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI  
DI ASSISTENZA PRIMARIA  
(PER GRADUATORIA ANNO 2021)

Bollo 16 €

n. identificativo della marca da bollo

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

ARES SARDEGNA

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

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ M  F  codice fiscale \_\_\_\_\_ Residente a  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel.  
\_\_\_\_\_, inserito nella graduatoria unica regionale di cui all'art. 15 e ss.mm.ii. dell'Accordo Collettivo Nazionale per la  
Medicina generale valevole per l'anno 2021 pubblicata sul BURAS n. 74 del 17.12.2020;

### FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 34, c.5 lett. b), dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale del 23/03/2005, così come  
sostituito dall'art. 5 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale, reso esecutivo con  
l'intesa Stato-Regioni del 21 giugno 2018 e ulteriormente modificato dall'art. 4 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei  
rapporti con i Medici di medicina generale, reso esecutivo con l'intesa Stato-Regioni del 18 giugno 2020, di assegnazione degli incarichi  
vacanti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma della Sardegna n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, e  
segnatamente per i seguenti incarichi:

ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	

Chiede a tal fine di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appreso indicato (**barrare una sola casella; in caso di barratura  
di entrambe le caselle o mancata indicazione della riserva prescelta, la domanda non potrà essere valutata**):

- riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 o 277/2003
- riserva per i medici in possesso del titolo equipollente.

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

Allega alla presente, **unitamente alla copia fotostatica del documento di identità**, la documentazione o autocertificazione e  
dichiarazione sostitutiva, atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'articolo 34 dell'Accordo  
Collettivo Nazionale per la Medicina Generale e ss.mm.ii:

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 CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

**(PER GRADUATORIA ANNO 2021)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ai sensi e agli effetti dell'art.46 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 essere residente nella Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;
- dichiara altresì, di essere stato precedentemente a tale data, residente nel Comune (1) di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

(1) Qualora negli ultimi due anni siano stati cambiati più Comuni di residenza, indicare quali con i relativi periodi.



## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

(art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

(PER GRADUATORIA ANNO 2021)

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:

- 22) 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 \_\_\_\_\_;
- 23) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale del 23/03/2005 e ss.mm.ii. con massimale di n. \_\_\_\_ scelte e con n. \_\_\_\_ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di \_\_\_\_\_ ASSSL \_\_\_\_\_ periodo dal \_\_\_\_\_;
- 24) 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 15/12/2005 e ss.mm.ii. con massimale di n. \_\_\_\_ scelte ASSSL \_\_\_\_\_ periodo dal \_\_\_\_\_;
- 25) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno (2);  
ASSSL \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_
- 26) svolgere/non svolgere (1) attività di medico specialista ambulatoriale accreditato (2)  
Provincia \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ periodo dal \_\_\_\_\_;
- 27) 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 \_\_\_\_\_;
- 28) essere/non essere (1) titolare di incarico nella continuità assistenziale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione Sardegna o in altra regione (2): Regione \_\_\_\_\_ Area socio Sanitaria Locale di \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ in forma attiva - in forma di disponibilità (1);
- 29) essere/non essere (1) titolare di incarico nell'emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione Sardegna o in altra regione (2): Regione \_\_\_\_\_ Area socio Sanitaria Locale di \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ in forma attiva - in forma di disponibilità (1)
- 30) 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 \_\_\_\_\_;

- 31) 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 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 \_\_\_\_\_;
- 32) 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 \_\_\_\_\_;
- 33) 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 \_\_\_\_\_;
- 34) svolgere/non svolgere (1), per conto dell'INPS dell'ASSSL di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte (2) ;  
ASSSL di \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
Periodo dal \_\_\_\_\_;
- 35) 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 \_\_\_\_\_;
- 36) essere/non essere (1) titolare o partecipante 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;  
\_\_\_\_\_
- 37) 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 \_\_\_\_\_;
- 38) 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 \_\_\_\_\_;
- 39) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato (1) (2):  
ASSSL di \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ ore sett \_\_\_\_\_  
Tipo di attività \_\_\_\_\_  
Periodo dal \_\_\_\_\_;

40) 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. 22,23,24 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 25,26,27,28):

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

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

Tipo di attività \_\_\_\_\_

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

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

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

\_\_\_\_\_

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

42) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2) soggetto erogante il trattamento pensionistico \_\_\_\_\_

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

note \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 47, comma 1 e dell'art. 38, comma 3, del DPR n. 445/2000 la dichiarazione sostitutiva 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".

### 3)

## DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA ANNUALITA' 2021

(Medici che hanno acquisito il titolo – diploma di formazione specifica in medicina generale- successivamente alla scadenza del termine previsto per la domanda di inserimento in graduatoria regionale)

BOLLO € 16

ARES SARDEGNA

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

n. identificativo della marca da bollo

nr. \_\_\_\_\_

Il sottoscritto/a Dr.....nato/a a.....il.....  
residente a.....prov.....Via.....n. ....  
CAP.....tel.....cell.....

#### FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 34, c.5 lett. c), dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale del 23/03/2005, così come sostituito dall'art. 5 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale, reso esecutivo con l'intesa Stato-Regioni del 21 giugno 2018 e ulteriormente modificato dall'art. 4 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale, reso esecutivo con l'intesa Stato-Regioni del 18 giugno 2020, di assegnazione degli incarichi vacanti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma della Sardegna n. del , e segnatamente per i seguenti incarichi:

ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/00:

#### DICHIARA

di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di.....in data...../...../.....con voto.....

di essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale conseguito a ..... in data .../.../..... a seguito del triennio .....

di essere residente nel Comune di.....prov..... dal...../...../.....a tutt'oggi (giorno/mese/anno) precedenti residenze:

dal.....al.....Comune di.....prov.....

dal.....al.....Comune di.....prov.....

dal.....al.....Comune di.....prov.....

Allega dichiarazione sostitutiva di atto notorio per l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità.

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

Data

Firma 1

<sup>1</sup> 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).

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto/a.....  
nato/a a .....prov. ....il  
.....  
residente a ..... prov.  
.....  
Via ..... n. .... CAP  
.....  
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

### D I C H I A R A

- 1) 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 .....
- 2) essere/non essere \* titolare di incarico di assistenza primaria presso l'Area socio sanitaria locale di..... ambito territoriale di.....;
- 3) essere/non essere \* titolare di incarico come medico specialista pediatra di libera scelta presso l'Area socio sanitaria locale di..... ambito territoriale di.....;
- 4) essere/non essere \* titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:  
A.S.S.L ..... branca ..... ore settimanali .....;  
A.S.S.L ..... branca ..... ore settimanali .....
- 5) essere/non essere \* iscritto negli elenchi dei medici specialisti preaccreditati esterni:  
provincia ..... branca ..... dal .....
- 6) essere/non essere \* titolare di incarico a tempo determinato o indeterminato di continuità assistenziale o emergenza sanitaria territoriale nella Regione.....Azienda  
..... ore settimanali .....
- 7) 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 .....
- 8) operare/non operare \* a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le A.S.S.L. ai sensi dell'art. 8 quinquies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:  
organismo .....ore settimanali .....comune  
..... tipo di attività .....tipo di lavoro ..... dal  
.....;
- 9) operare/non operare \* a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 48 della legge n.833/78:  
organismo..... ore  
settimanali....comune..... tipo di attività .....tipo di rapporto di  
lavoro ..... dal .....
- 10) svolgere/non svolgere \* funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della legge n.626/93: Azienda ..... ore settimanali .....al .....
- 11) svolgere/non svolgere \* per conto dell'INPS o dell'A.S.S.L di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito del quale può acquisire scelte: A.S.S.L. ....  
comune.....dal .....
- 12) avere/non avere \* qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:.....dal  
.....;

---

- 13) essere/non essere \* titolare o compartecipe 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 .....
- 14) 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 .....
- 15) svolgere/non svolgere \* altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate:  
tipo di attività ..... dal .....
- 16) essere/non essere \* titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate: Azienda..... tipo di attività .....ore settimanali ..... dal .....
- 17) 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 .....
- 18) essere/non essere \* titolare di trattamento di pensione: ..... dal .....
- 19) fruire/non fruire \* del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita:  
soggetto erogatore dell'adeguamento..... dal .....

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero <sup>2</sup>.

Data .....

Firma <sup>3</sup> .....

---

\* **Cancellare la voce che non interessa**

<sup>2</sup> **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".**

<sup>3</sup> **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).**

## 4)

### DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA ANNUALITA' 2021



**Medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale)**

ARES SARDEGNA

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

n. identificativo della marca da bollo  
nr. \_\_\_\_\_

Il sottoscritto/a Dr.....nato/a a.....il.....

residente a.....prov.....Via.....n. ....

CAP.....tel.....cell.....

**FA DOMANDA**

secondo quanto previsto dall'art. 34, c. 17-bis, dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale del 23/03/2005, così come sostituito dall'art. 5 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale, reso esecutivo con l'intesa Stato-Regioni del 21 giugno 2018 e ulteriormente modificato dall'art. 4 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale, reso esecutivo con l'intesa Stato-Regioni del 18 giugno 2020, per l'assegnazione degli incarichi vacanti per l'assistenza primaria pubblicati nel BURAS n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, come di seguito indicato:

ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/00:

**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.....
- 2) di frequentare il corso di formazione specifica in medicina generale relativo al corso triennale ...../..... presso la regione Sardegna iniziato in data ..../...../.....
  - ex art. 9, c.1, D.L. 14.12.18, n. 135 convertito dalla L.11.02.2019, n. 12
  - ex art. 12, c. 3, D.L. 30.04.19, n. 35 convertito dalla L.25.06.2019, n. 60

(barrare la voce che ricorre)

  - 1 anno
  - 2 anno
  - 3 anno

3) di essere residente nel Comune di.....prov..... dal.../.../.....a tutt'oggi (giorno/mese/anno)

4) precedenti residenze:  
dal.....al.....Comune di.....prov.....  
dal.....al.....Comune di.....prov.....  
dal.....al.....Comune di.....prov.....

Allega dichiarazione sostitutiva di atto notorio per l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità.

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

Data \_\_\_\_\_

Firma <sup>4</sup> \_\_\_\_\_

<sup>4</sup> 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).

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto/a.....  
nato/a a .....prov. ....il  
.....  
residente a ..... prov.  
.....  
Via ..... n. .... CAP  
.....  
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

### D I C H I A R A

- 1) 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 .....
- 2) essere/non essere \* titolare di incarico di assistenza primaria presso l'Area socio sanitaria locale di..... ambito territoriale di.....;
- 3) essere/non essere \* titolare di incarico come medico specialista pediatra di libera scelta presso l'Area socio sanitaria locale di..... ambito territoriale di.....;
- 4) essere/non essere \* titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:  
A.S.S.L ..... branca ..... ore settimanali .....;  
A.S.S.L ..... branca ..... ore settimanali .....
- 5) essere/non essere \* iscritto negli elenchi dei medici specialisti preaccreditati esterni:  
provincia ..... branca ..... dal .....
- 6) essere/non essere \* titolare di incarico a tempo determinato o indeterminato di continuità assistenziale o emergenza sanitaria territoriale nella Regione.....Azienda  
..... ore settimanali .....
- 7) 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 .....
- 8) operare/non operare \* a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le A.S.S.L. ai sensi dell'art. 8 quinquies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:  
organismo .....ore settimanali .....comune  
..... tipo di attività .....tipo di lavoro ..... dal  
.....;
- 9) operare/non operare \* a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 48 della legge n.833/78:  
organismo..... ore  
settimanali....comune..... tipo di attività .....tipo di rapporto di  
lavoro ..... dal .....
- 10) svolgere/non svolgere \* funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della legge n.626/93: Azienda ..... ore settimanali .....al .....
- 11) svolgere/non svolgere \* per conto dell'INPS o dell'A.S.S.L di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito del quale può acquisire scelte: A.S.S.L. ....  
comune.....dal .....
- 12) avere/non avere \* qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:.....dal  
.....;
- 13) essere/non essere \* titolare o compartecipe 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 .....



- 14) 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 .....
- 15) svolgere/non svolgere \* altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate:  
tipo di attività ..... dal .....
- 16) essere/non essere \* titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate:  
Azienda..... tipo di attività .....ore settimanali  
..... dal .....
- 17) 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 .....
- 18) essere/non essere \* titolare di trattamento di pensione: .....  
dal .....
- 19) fruire/non fruire \* del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita:  
soggetto erogatore dell'adeguamento..... dal .....

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero <sup>5</sup>.

Data .....

Firma <sup>6</sup> .....

---

\* **Cancellare la voce che non interessa**

<sup>5</sup> **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".**

<sup>6</sup> **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).**