

Determina n. /AST\_AN del

## AVVISO PUBBLICO

AVVISO PUBBLICO UNICO IN AST DI ANCONA PER LA REDAZIONE DELLE GRADUATORIE UTILI AL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI, A TEMPO DETERMINATO E DI SOSTITUZIONE NEI SETTORI DELLA MEDICINA GENERALE.

Periodo di validità 01.07.2025/30.06.2026.

## SI RENDE NOTO

che, nelle more della copertura a tempo indeterminato degli incarichi di cui si tratta, questa AST procederà al conferimento degli incarichi in oggetto.

Gli interessati, ai sensi dell'art. 19 c. 6 ACN MMG del 04/04/2024, verranno graduati con i criteri di seguito precisati:

- ACN MMG 04/04/2024 art. 19 c. 6 lett. a)  
Medici iscritti nella graduatoria della Regione Marche vigente alla data di presentazione della domanda  
(graduati secondo il punteggio e la posizione della graduatoria regionale)
- ACN MMG 04/04/2024 art. 19 c. 6 lett. b)  
Medici che abbiano acquisito il titolo di Formazione Specifica in Medicina Generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno 2025  
(graduati secondo la minore età al momento del conseguimento della laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea)
- ACN MMG 04/04/2024 art. 19 c. 6 lett. c)  
Medici che, alla data di scadenza dei termini per la presentazione della domanda per il presente Avviso, sono iscritti al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale presso la Regione Marche, fatta eccezione per le sostituzioni per le quali possono concorrere anche gli iscritti a tale corso in altre Regioni  
(graduati secondo la minore età al momento del conseguimento della laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea)

Ai sensi dell'art. 19 c. 11 L. 448/2001:

- ACN MMG 28/04/2022 art. 19 c. 6 lett. d)  
Medici che hanno acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31/12/1994  
(graduati secondo la minore età al momento del conseguimento della laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea)

- ACN MMG 04/04/2024 art. 19 c. 6 lett. e)  
Medici che alla data di scadenza dei termini per la presentazione della domanda sono frequentanti una scuola di Specializzazione  
(graduati secondo la minore età al momento del conseguimento della laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea)

Si darà priorità di interpello:

- Settore: Assistenza Primaria a rapporto orario (ex Continuità Assistenziale),
- Settore: Assistenza Primaria a ciclo di scelta (ex Assistenza Primaria)

Priorità per i medici residenti nell'ambito carente, nell'Azienda, nella Regione ed infine fuori Regione (art. 37 ACN MMG 04/04/2024).

- Settore: Emergenza Sanitaria Territoriale

Priorità per i medici residenti nell'ambito dell'Azienda, nella Regione ed infine fuori Regione (art. 67 ACN MMG 04/04/2024).

- Settore: Medicina Penitenziaria

Priorità per i medici residenti nell'ambito dell'Azienda, nella Regione ed infine fuori Regione (art. 74 ACN MMG 04/04/2024)

## AVVERTENZE GENERALI

Le domande per il conferimento degli incarichi di cui al presente avviso, conformemente agli allegati che seguono, dovranno essere spedite:

a mezzo PEC al seguente indirizzo **ast.ancona@emarche.it**

entro e non oltre il 15° giorno successivo alla pubblicazione della determina di approvazione del presente Avviso sull'Albo Pretorio dell'AST di Ancona, pena l'esclusione.

La validità della trasmissione e ricezione del messaggio di Posta Elettronica Certificata è attestata dalla ricevuta di avvenuta consegna che rilascia il sistema (non è sufficiente la ricevuta di accettazione ma occorre la ricevuta dell'avvenuta consegna).

Il candidato dovrà essere titolare della casella di Posta Elettronica Certificata utilizzata per l'invio della domanda, a pena di esclusione.

La domanda dovrà essere sottoscritta con firma digitale del candidato con certificato rilasciato dal certificatore accreditato, oppure sottoscritta con firma autografa del candidato; successivamente, la stessa andrà acquisita in formato PDF o JPEG ed allegata alla PEC per l'invio.

L'AST di Ancona declina fin d'ora ogni responsabilità in caso d'impossibilità di apertura di files di formato diverso da quello indicato poiché non leggibili dal Sistema PALEO di Protocollo Informatico, oppure rilevati come difettosi dal Sistema predetto.

Le domande inviate da una casella di Posta Elettronica non certificata (e-mail ordinaria) o che non soddisfano i requisiti di formato sopra indicati saranno considerate irricevibili, con conseguente esclusione dalla procedura.

L'invio tramite PEC della domanda sostituisce a tutti gli effetti l'invio cartaceo tradizionale. L'invio della PEC inibisce quindi la possibilità di presentare la domanda in forma cartacea tramite Raccomandata A/R o consegna a mano all'Ufficio Protocollo dell'Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona, a pena di esclusione.

E' esclusa ogni altra forma di presentazione delle domande diversa dall'invio a mezzo PEC.

Le domande si considereranno prodotte in tempo utile solo se spedite entro il termine sopra indicato. I giorni festivi si computano nel termine. Se il giorno di scadenza è festivo, la scadenza per la presentazione delle domande è prorogata di diritto al primo giorno seguente non festivo.

Non verranno prese in considerazione e saranno quindi escluse le domande spedite oltre il termine di scadenza sopra indicato, qualunque ne sia la causa. Scaduto il termine per la presentazione delle domande non è ammessa ulteriore produzione di documenti.

La domanda dovrà essere inviata in marca da bollo da € 16,00 (apporre l'originale della marca nell'apposito riquadro in alto a sinistra presente nel modello di domanda); inoltre, alla domanda dovrà essere obbligatoriamente allegata la modulistica denominata "assolvimento dell'imposta di bollo - dichiarazione" debitamente compilata e firmata.

Costituiscono MOTIVI DI ESCLUSIONE dalla presente procedura:

- domanda priva delle dovute sottoscrizioni;
- domanda priva della modulistica denominata “assolvimento dell’imposta di bollo - dichiarazione”;
- domanda priva delle autocertificazioni richieste e/o non completa;
- domanda priva di copia fronte/retro di un documento di riconoscimento in corso di validità;
- utilizzo di modulistica non conforme rispetto a quella pubblicata;
- domanda spedita oltre il termine di scadenza sopra indicato;
- domanda spedita in forma cartacea tramite Raccomandata A/R o consegnata a mano all’Ufficio Protocollo dell’AST di Ancona;
- domanda spedita da una casella di Posta Elettronica Certificata non intestata al medico candidato;
- domanda spedita da una casella di Posta Elettronica non certificata (e-mail ordinaria);
- domanda che non soddisfa i requisiti di formato richiesti.

Inoltre, nel caso in cui le domande presentino omissioni o irregolarità sanabili sarà richiesta la regolarizzazione delle stesse con assegnazione di un apposito termine, decorrente dal ricevimento della richiesta di integrazione; l’inadempimento di tale richiesta comporterà l’esclusione dalla procedura, senza ulteriore comunicazione formale da parte dell’AST di Ancona.

- La sede e/o la postazione sarà assegnata direttamente in base alla scelta che verrà dichiarata dagli interessati al momento della proposta di incarico.
- Le graduatorie di settore derivanti dalla presente procedura verranno pubblicate sul sito dell’ex ASUR MARCHE – AST di Ancona (Area Professionisti e Imprese – “Area Medicina Convenzionata” - voce “GRADUATORIE”).

Le graduatorie verranno pubblicate con UN ANTICIPO DI ALCUNI GIORNI per dare modo agli interessati di visionare le stesse e di proporre eventuali osservazioni, entro i termini che verranno comunicati in sede di pubblicazione delle stesse.

I requisiti per l’inclusione nelle graduatorie dovranno essere obbligatoriamente posseduti alla data della scadenza del presente avviso.

Con la presentazione della domanda di partecipazione è implicita, da parte dei medici candidati, l'accettazione senza riserve di tutte le prescrizioni e precisazioni del presente Avviso Pubblico.

Per quanto non espressamente previsto nel presente Avviso, valgono le norme di cui alle vigenti normative nazionali, regionali ed aziendali, per quanto compatibili.

Per eventuali informazioni e chiarimenti, gli interessati potranno rivolgersi all’U.O.C. D.A.T. e Medicina Convenzionata di questa Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona ai seguenti contatti:

**barbara.lucarelli@sanita.marche.it** tel. 0718705076  
**lucia.palmieri@sanita.marche.it** tel. 0718705885

Si fa riserva della facoltà di prorogare, modificare, sospendere o revocare il presente avviso, dandone comunicazione agli interessati.

Il Direttore  
Dott.ssa Marinella Cardinaletti

DOMANDA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO,  
PROVVISORI E/O DI SOSTITUZIONE PRESSO L'AZIENDA SANITARIA  
TERRITORIALE DI ANCONA NEI SETTORI DELLA MEDICINA GENERALE  
PERIODO DI VALIDITA': 01/07/2025 - 30/06/2026.

Marca da  
bollo  
€. 16,00

All'AST di ANCONA  
U.O.C. DAT. E MEDICINA CONVENZIONATA  
PEC: [ast.ancona@emarche.it](mailto:ast.ancona@emarche.it)

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

di essere inserito nelle graduatorie di settore dell'AST di Ancona per il conferimento di incarichi provvisori, a tempo determinato e/o di sostituzione nei vari settori della Medicina Generale.

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445 del 28/12/2000 anche per i reati di "falsità in atti" e "uso di atto falso", dichiara sotto la propria personale responsabilità di appartenere alla categoria di cui al punto (*barrare solo l'opzione di interesse*):

- ☐ A) Medici iscritti nella graduatoria regionale valida per l'anno 2025 (Regione Marche) secondo l'ordine di punteggio.
- ☐ B) Medici che abbiano acquisito il titolo di Formazione Specifica in Medicina Generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale.
- ☐ C) Medici iscritti al Corso di Formazione specifica in Medicina Generale esclusivamente nella Regione Marche.

Art. 19, comma 11, della L. 448/2001

- ☐ C) Medici iscritti al Corso di Formazione specifica in Medicina Generale in altra Regione.
- ☐ D) Medici che abbiano acquisito l'abilitazione professionale successivamente alla data del 31.12.1994.
- ☐ E) Medici iscritti ai corsi di specializzazione.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE EX ART. 46 DPR 445/2000

Dott. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

indirizzo: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

di avere ☐ di non avere ☐ cittadinanza italiana

di essere cittadino di altro Paese U.E., incluse le equiparazioni di legge ☐

☐ di godere/non godere dei diritti civili e politici

☐ di avere/non avere riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di giudizi civili e/o amministrativi iscritti nel casellario giudiziale

☐ di essere/non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

☐ Dichiaro di non trovarsi in posizione di incompatibilità ai sensi dell'art. 21, ACN MMG del 04/4/2024.

Data.....

Firma per esteso .....

Dichiarazione sostitutiva di certificazione  
(art. 46 DPR n. 445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_  
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti  
falsi, richiamate dall'art.76 del DPR 445 del 28/12/2000

dichiara  
di essere in possesso di:

|                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università di _____<br>in data ____/____/____ con voto ____/110                                                                                                       |
| Abilitazione all'esercizio professionale conseguita presso l'Università di _____<br>in data ____/____/____                                                                                                                          |
| Iscrizione all'Ordine dei medici di _____ dal ____/____/____                                                                                                                                                                        |
| Attestato di formazione in medicina generale (D.lgs n. 256/91, 368/99, 277/03)<br><br>conseguito il _____ presso: _____,                                                                                                            |
| Attestato di Idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale/118 conseguito il _____<br>presso _____ (a completamento della predetta autocertificazione è consigliabile allegare fotocopia dell'attestato) |

Data \_\_\_\_\_ Firma per esteso \_\_\_\_\_  
(non soggetta ad autenticazione)



## INFORMATIVA RESA AGLI INTERESSATI PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 2016/679 “GDPR”)

### CHI SIAMO

**TITOLARE DEL TRATTAMENTO:** Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di Ancona

**Sede:** Viale C. Colombo, 106 - 60127 Ancona AN

**PEC:** [ast.ancona@emarche.it](mailto:ast.ancona@emarche.it)

**RESPONSABILE PROTEZIONE DATI:** Data Protection Officer - (DPO)

**Tel.** 071 2911517

**e-mail:** [dpo.ast.an@sanita.marche.it](mailto:dpo.ast.an@sanita.marche.it)

L’AST di Ancona è il TITOLARE DEL TRATTAMENTO dei dati personali che La riguardano e che potranno essere gestiti in modalità cartacea o attraverso i sistemi informatici.

IL RESPONSABILE della PROTEZIONE dei DATI (o Data Protection Officer - DPO) è il Suo punto di contatto per qualsiasi questione o problema legati all’applicazione del Regolamento sulla privacy (GDPR 679/2016).

**COSA FACCIAMO CON I VOSTRI DATI** (Categorie dati, requisito necessario)

Per la gestione delle istanze trattiamo dati personali “comuni”, come i dati identificativi e anagrafici, e dati personali “particolari” (c.d. “sensibili”), comunque indicati nel modulo per la domanda.

Fornire i Suoi dati personali è necessario per poter accedere alle procedure di assegnazione degli incarichi a tempo determinato/provvisori/di sostituzione nei settori della Medicina Generale, nell’AST di Ancona, per il periodo 01/07/2025 – 30/06/2026.

**PERCHÉ TRATTIAMO I VOSTRI DATI** (Finalità, base giuridica)

Trattiamo i Suoi dati per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell’AST di Ancona e, nello specifico, esclusivamente al fine di poter inserire il suo nominativo nelle graduatorie scaturenti dalla pubblicazione del presente avviso, sulla base dei criteri di graduazione stabiliti dall’A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 04/04/2024, oltre che per la gestione amministrativa della procedura. Tale trattamento avviene ai sensi del combinato disposto degli artt. 9, pr. 2, lett. g), GDPR e 2 sexies co. 2, lett. m), Codice Privacy, per motivi di interesse pubblico afferenti all’assegnazione degli incarichi a tempo determinato/provvisori/di sostituzione nei settori della Medicina Generale, nell’AST di Ancona, per il periodo 01/07/2025 – 30/06/2026.

Per tale attività, dunque, non è necessario richiedere il Suo consenso.

I Suoi dati personali, anche se raccolti da uno specifico ufficio o presidio, potranno essere utilizzati dal Titolare anche per esigenze di altri settori, purché il trattamento sia sempre connesso al perseguimento delle finalità istituzionali.

**COME TRATTIAMO I SUOI DATI E CON QUALI MEZZI** (Modalità di trattamento)

Nel trattare i Suoi dati, adottiamo tutte le misure tecniche e organizzative utili ad evitare accessi non autorizzati, divulgazione, modifica o distruzione. Soltanto il personale autorizzato dal Titolare può accedere per effettuare le operazioni di trattamento o di manutenzione dei sistemi. Non sono utilizzati sistemi di decisione automatica, compresa la profilazione.

**DOVE FINISCONO I SUOI DATI** (Comunicazione a terzi e categorie di destinatari)

In alcuni casi è possibile che i Suoi dati personali siano comunicati a soggetti esterni che svolgono attività per nostro conto. Questi, in ogni caso, vengono nominati Responsabili e istruiti a trattare i dati in massima sicurezza.

I Suoi dati personali sono altresì comunicati ad altri enti pubblici solo per obblighi previsti da leggi e regolamenti. I Suoi dati non saranno mai diffusi. In caso di trasferimento verso Paesi non appartenenti all'Unione Europea, essi verranno protetti con idonee misure di sicurezza avendo cura di verificare il rispetto delle condizioni ex artt. 44 e ss. GDPR.

#### QUANTO TEMPO CONSERVIAMO I SUOI DATI (Periodo di conservazione)

I Suoi dati personali sono conservati solo per il tempo necessario al perseguimento delle finalità sopra riportate, a meno che la Legge non preveda un periodo di conservazione più lungo.

#### DA CHI RICEVIAMO I SUOI DATI (Fonte dei dati)

Quando possibile, raccogliamo i dati personali direttamente dall'interessato, ma laddove ciò non sia possibile anche in relazione alla tipologia di servizio, ci rivolgiamo a:

- chi esercita legalmente la rappresentanza;
- un prossimo congiunto, familiare, convivente o unito civilmente o, infine, ad un fiduciario.

#### QUALI SONO I SUOI DIRITTI

Può richiedere direttamente al Titolare del trattamento di vedere, correggere, cancellare o limitare i dati che trattiamo e che La riguardano. In alcuni casi, può anche opporsi o revocare il Suo consenso al trattamento, laddove previsto; ha anche il diritto alla portabilità dei dati e quindi in qualsiasi momento può richiedere una copia digitale degli stessi o il trasferimento automatico tra enti pubblici.

Può anche richiedere l'applicazione del diritto all'Oblio, laddove ne ricorrano i presupposti, fermo restando i limiti previsti dagli artt. 23 GDPR e 2-undecies e 2-duodecies Codice Privacy.

#### COME PUÒ ESERCITARE I SUOI DIRITTI

A volte l'evoluzione tecnologica non ci facilita il compito di proteggere i Suoi dati.

Se ha dei dubbi che stiamo conservando Suoi dati errati, incompleti o se pensa che Li abbiamo gestiti male, La preghiamo di contattare il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD/DPO) oppure inviare una richiesta utilizzando il modulo di Richiesta di Accesso ai dati, scaricabile dal sito dell'AST Ancona (sito ex ASUR Marche), Sezione Privacy. Il nostro Responsabile della Protezione dei Dati (RPD/DPO) esaminerà la Sua richiesta e La contatterà per risolvere al più presto il problema. Altrimenti ha il diritto di proporre un reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali.

Il Dirigente Responsabile  
U.O.C. D.A.T. e Medicina Convenzionata  
A.S.T. di Ancona  
Dott.ssa Marinella Cardinaletti

## ASSOLVIMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO

### DICHIARAZIONE

Ex Art. 46 e 47 DPR 445/2000

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_  
(prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ M\_ F\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
Indirizzo mail/PEC \_\_\_\_\_

relativamente al procedimento telematico allegato alla presente dichiarazione per:

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLE GRADUATORIE DI SETTORE PER IL  
CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO, PROVVISORI E/O DI  
SOSTITUZIONE PRESSO L'AST DI ANCONA VALIDA PER IL PERIODO: 01/07/2025 -  
30/06/2026

essendo obbligatorio indicare la modalità di assolvimento dell'imposta di bollo, avvalendosi della facoltà prevista dall'art. 3 del Decreto Interministeriale 10/11/2011, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 e dall'art 483 del CP nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

## Dichiara

- Che l'imposta di bollo è stata assolta in modo virtuale tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo da 16 € sull'originale cartaceo della domanda e che la marca da bollo ha il seguente n. seriale identificativo:

\_\_\_\_\_

- Che la marca da bollo indicata è destinata **esclusivamente alla presentazione della presente istanza** e non sarà utilizzata per qualsiasi altro adempimento.
- Di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sugli atti presentati e pertanto si impegna a conservare il presente documento ed a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

La presente dichiarazione deve essere firmata in forma autografa o digitale da chi la rende. Qualora la stessa sia firmata con dichiarazione autografa, la stessa deve essere corredata da copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità.

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

\_\_\_\_\_

(firma)

Ogni comunicazione deve essere inoltrata a:

PEC: ast.ancona@emarche.it

tel 071 870 5076 – 071 870 5885

## AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
 Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
 iscritto all'Albo dei \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

2) 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 \_\_\_\_\_

3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° \_\_\_\_\_ scelte

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

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 sett. \_\_\_\_\_

Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

5) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)

Provincia \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_

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

6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n. 502/92:

Azienda \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

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

7) 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)

8) 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 n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:

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

Soggetto pubblico che lo svolge \_\_\_\_\_

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

9) 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 D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni. (2)

Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

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

Tipo di attività \_\_\_\_\_

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

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

10) 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 \_\_\_\_\_

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:

Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

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

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

12) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o della 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 interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

15) 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 \_\_\_\_\_

16) 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 \_\_\_\_\_

17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato: (1)  
(2)

Azienda \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

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

18) 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 \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

20) 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

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"