

BOLLO
€ 16,00

ALL'ASUR - AREA VASTA N.2
SEDE AMMINISTRATIVA DI FABRIANO
UOC DAT - Ufficio Gestione Graduatorie Regionali
Via Turati 51- 60044 FABRIANO

RACCOMANDATA A.R.

PEC: areavasta2.asur@emarche.it

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA
SANITARIA TERRITORIALE (A.C.N. M.G. del 21.06.2018 e A.C.N. M.G. del 18/6/2020)
(per trasferimento)**

...I... sottoscritt... Dott..... nat..... a

(cognome)

(nome)

Prov.....il..... codice fiscale.....

(giorno-mese-anno)

Cell. n° e-mail PEC

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 445/2000

DICHIARA

di essere residente aprov..... a far data dal
via.....n°.....C.A.P.....
di essere residente nel territorio della Regione dal
di essere titolare di incarico a tempo indeterminato per la Emergenza Sanitaria Territoriale presso l'ASL n. di
..... della Regione/o l'Area Vasta n Distretto di
..... della Regione Marche dal e con anzianità complessiva di Emergenza Sanitaria Territoriale
pari a mesi n°

FA ISTANZA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 7, comma 6, lett. A), dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 21.06.2018 e ss.mm. e ii., per l'assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Marche n°.....del.....e, segnatamente, per i seguenti incarichi:

Potes Distretto di AV n. di

Potes Distretto di AV n. di

Potes Distretto di AV n. di

Potes Distretto di AV n. di

Potes Distretto di AV n. di

Potes Distretto di AV n. di

Allega alla presente:

- la documentazione o l'autocertificazione atta a comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'art. 7, comma 6, lettera A) dell'A.C.N. del 21.06.2018 e l'anzianità complessiva di incarico in Emergenza Sanitaria Territoriale;
- dichiarazione informativa (dichiarazione sostitutiva di atto notorio) compilata e sottoscritta, allegati n°..... (.....) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza;
- al seguente domicilio: Comune..... C.A.P.....Prov..... Vian.

Data (firma per esteso)

BOLLO
€ 16,00

ALL'ASUR - AREA VASTA N.2
SEDE AMMINISTRATIVA DI FABRIANO
UOC DAT - Ufficio Gestione Graduatorie Regionali
Via Turati 51- 60044 FABRIANO

RACCOMANDATA A.R.

PEC: areavasta2.asur@emarche.it

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA
SANITARIA TERRITORIALE (A.C.N. M.G. del 21.06.2018 e A.C.N. M.G. del 18/6/2020)
(per graduatoria/titoli)**

.....I... sottoscritt... Dott.....nat..... a

Prov.....il.....codice fiscale.....

Cell. n° e-mail PEC

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 445/2000

DICHIARA

di essere residente:

- nella Regione Marche dalnel ComuneProv. dal
vian.CAP
- presso altra Regione

di essere:

- in possesso dell'Attestato di Idoneità all'esercizio del 118 rilasciato da il
- già inserito nella graduatoria regionale di settore della Regione Marche – anno 2021 -, con punteggio; (art. 7 c. 6 lettera B) dell'ACN del 21/6/2018);
- in possesso dei requisiti di cui all'art. 7 c. 6 lettera C) dell'ACN del 21/6/2018 (Attestato di Formazione conseguito successivamente al termine di scadenza della domanda di inclusione nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso) Laureato/a dal..... con voto.....;
- frequentare il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale presso la Regione Marche relativo al corso triennale/..... iniziato in data corrispondente all'anno di frequenza (fatti salvi periodi di sospensione previsti dall'art. 24 D. L.vo 368/99)
 1° anno 2° anno 3° anno
- oppure**
- essere stato ammesso a frequentare il corso di formazione specifica in medicina Generale presso la Regione Marche, tramite graduatoria riservata senza borsa di studio ai sensi del "Decreto Calabria".
Indicare la data di effettivo inizio del corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Marche
.....

FA ISTANZA

di assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Marche n°.....del.....e, segnatamente, per i seguenti incarichi:

Potes Distretto diAV n.....di.....

Il sottoscritto dichiara di essere titolare di Continuità Assistenziale presso l'ASL n.....di.....Regione...../o Area Vasta n.....di.....Distretto a far data dal.....

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza;
- al seguente domicilio: Comune.....C.A.P.....Prov.....Vian.

Allega alla presente:

- Dichiarazione informativa (dichiarazione sostitutiva di atto notorio) compilata e sottoscritta.

Data.....

..... (firma per esteso)

DICHIARAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il sottoscritto Dott.....nato a.....Prov.....
il.....residente in..... Prov..... 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. 445 del 28 dicembre 2000

dichiara formalmente di

1. essere/non essere¹ titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati¹:
Soggetto..... ore settimanali.....
Via..... Comune di.....
Tipo di rapporto di lavoro.....
Periodo dal.....;
2. essere/non essere¹ 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 essere¹ titolare di incarico come medico di Pediatria di Libera Scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n°..... scelte periodo dal.....;
4. essere/non essere¹ titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato¹ come Specialista ambulatoriale convenzionato interno²:
Azienda _____ Branca _____ Ore sett./li _____
Azienda _____ Branca _____ Ore sett./li _____
5. essere/non essere¹ iscritto negli elenchi dei Medici Specialisti convenzionati esterni²:
Provincia.....Branca.....
Periodo: dal.....;
6. avere/non avere¹ un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c.5, Decreto Legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:
Azienda..... Via.....
Tipo di attività
Periodo: dal

7. essere/non essere¹ titolare di incarico di Guardia Medica, nella Continuità Assistenziale o nella Emergenza Sanitaria Territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato¹, nella Regione.....
 O in altra Regione²:
 RegioneAzienda..... Ore sett.li.....
 in forma attiva – in forma di disponibilità¹;
8. essere/non essere¹ in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale previsto dall'art. 66 del D.P.R. 484/96, dall'art. 22 del D.P.R. 41/91 e dall'art. 22, comma 5, del D.P.R. 292/87:
 rilasciato da in data.....;
9. essere/ non essere iscritto¹ a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui Decreto Leg.vo n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al Decreto Leg.vo n° 368/99:
 Denominazione del corso.....
 Soggetto pubblico che lo svolge.....
 Inizio dal.....
10. operare/ non operare¹ 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 Leg.vo n° 502/92 e successive modificazioni²:
 Organismoore sett.li.....
 ViaComune di.....
 Tipo di attività
 Tipo di rapporto di lavoro.....
 Periodo: dal.....
11. operare/non operare¹ 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
 Organismoore sett.li.....
 Via.....Comune di.....
 Tipo di attività.....
 Tipo di rapporto di lavoro.....
 Periodo:dal.....

12. svolgere/non svolgere¹ funzioni di medico di fabbrica² o di medico competente ai sensi del D.Lgs 9/04/2008 n. 81:
Azienda..... ore sett.li.....
Via..... Comune di.....
Periodo: dal.....;
13. svolgere/non svolgere¹ 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.....;
14. avere/non avere¹ 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 essere¹ 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:
.....
.....
16. fruire/non fruire¹ 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 svolgere¹ altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere: nessuna):
.....
.....
Periodo: dal.....;

18. essere/non essere¹ titolare di incarico nella Medicina dei Servizi o nelle Attività Territoriali Programmate, a tempo determinato o a tempo indeterminato:^{1,2}

Azienda..... Comune di..... ore sett.li.....

Tipo di attività.....

Periodo: dal.....;

19. operare/non operare¹ 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 ai rapporti 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 essere¹ titolare di trattamento di pensione:²

.....

.....

Periodo: dal.....;

21. fruire/non fruire¹ del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita:²

Soggetto erogante il trattamento di adeguamento.....

.....

Periodo: dal.....;

NOTE

.....

.....

.....

Il sottoscritto dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

...I.... sottoscritt..... si impegna a fare cessare l'attività sopra indicata qualora l'attività stessa costituisca incompatibilità al momento dell'attivazione dell'incarico.

(1) Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del DPR 445/2000).

(2) Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, fronte retro non autenticata, della carta d'identità del dichiarante.

Ai sensi del Regolamento Europeo 27 aprile 2016 n. 2016/679/UE e del Codice della Privacy, D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 modificato dal D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101, si informa che:

- *Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento della formazione delle graduatorie valide per il conferimento degli incarichi di Medicina Generale per l'anno 2021. Il trattamento viene effettuato avvalendosi sia di strumenti cartacei che informatici.*
- *Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, in caso di rifiuto, la S.V. non potrà essere inserita in dette graduatorie.*
- *I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione e sul sito istituzionale dell'ASUR Marche – Area Vasta 2 - Regione Marche.*
- *L'art. 7 del citato Decreto conferisce alla S.V. l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati; di opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati personali.*
- *Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è l'Area Vasta n. 2 – ASUR MARCHE.*

In fede.

Data.....

Firma per esteso.....

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".

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:

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:
ASUR-Area Vasta 2 - Via Turati n. 51 - 60044 Fabriano (AN) - tel 071 8705872
PEC: areavasta2.asur@emarche.it