

OGGETTO: Avviso pubblico per il conferimento di n. 1 incarico provvisorio di medico di medicina generale per l'ambito di Castelnuovo Scrivia, con obbligo di apertura nelle frazioni Alluvioni e Plovera del Comune di Alluvioni Plovera

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____

Residente in _____

Laureato il _____ università _____ punteggio _____

Iscritto all'Albo Professionale di _____ al n. _____

presenta istanza di partecipazione all'avviso pubblico per l'incarico di MMG in oggetto

e, consapevole delle sanzioni di cui al DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara (selezionare le voci di interesse e completare):

- Di essere iscritto/a nella graduatoria regionale per l'assistenza primaria, valida per l'anno 2020 nel numero di posizione _____ con punteggio _____;
- Di non essere inserito/a in detta graduatoria, ma di aver acquisito il titolo di formazione specifica in Medicina Generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale e precisamente in data _____
- Di non essere inserito/a in detta graduatoria, ma regolarmente iscritto al triennio di formazione in medicina generale _____, al 1° 2° 3° anno di corso
- Di non essere inserito/a in detta graduatoria, né iscritto al triennio di formazione in medicina generale, ma di essere regolarmente iscritto all'Albo Professionale e laureato successivamente al 31/12/1994 (specificare) _____
- Di non essere inserito/a in detta graduatoria, ma essere iscritto al seguente corso di specializzazione _____ (specificare _____ tipologia _____ e annualità) _____

SPECIFICARE LA PROPRIA SITUAZIONE IN RIFERIMENTO A EVENTUALI SITUAZIONI DI INCOMPATIBILITA'

- Di non trovarsi nelle condizioni di incompatibilità previste all'art. 17 del vigente ACN, come risultante dalla compilazione dell'ALLEGATO L

Richiede inoltre di inviare le comunicazioni relative alla presente procedura al seguente recapito:
SCRIVERE IN MANIERA LEGGIBILE

Cognome e nome _____

Indirizzo _____

Tel. _____

Email _____

PEC _____

Data _____

firma _____

ALLEGATI:

Fotocopia documento d'identità

Allegato L

Informativa ai sensi dell'art. 13 del RGPD 2016/697 e del D.lgs e s.m.i.: i dati riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ il _____ residente in

Via/piazza _____

iscritto all'Albo dei _____ della Provincia di _____ ai sensi e agli effetti dell'art. 47 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 ACN 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 ACN 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 set. _____

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'articolo 8 c. 5 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni: Azienda _____ Via _____ tipo di attività _____
 periodo: dal _____

7) essere - non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nell'emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato - 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 D.L.vo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al D.L.vo n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo 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. 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'articolo 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.L.vo 9 aprile 2008 n. 81: Azienda _____ ore sett. _____ 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 partecipante di quote di imprese o esercitare/non esercitare (1) 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 settimanali _____ 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 _____ 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: _____

Consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 46 e 47 del DPR 445/00 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede data _____ firma _____

(3) (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) la firma deve essere corredata da fotocopia di valido documento di identità.