

MODULISTICA

Il presente allegato contiene quattro possibili modelli di domanda (fac-simile), a seconda della fattispecie di interesse del candidato:

- 1a) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA (**PER TRASFERIMENTO ANNO 2023) REGIONE SARDEGNA**)
- 1b) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA (**PER TRASFERIMENTO ANNO 2023) PROVENIENTE DA ALTRA REGIONE**)
- 1c) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA (**PER GRADUATORIA ANNO 2023)**)
- 1d) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA (**PER SPECIALIZZATI DOPO IL 31 GENNAIO 2022)**)

Sono altresì allegati i modelli specifici per le dichiarazioni sostitutive di certificazione a seconda della fattispecie di domanda, nonché il modello di dichiarazione informativa.

ALLEGATO 1a
DOMANDA DI TRASFERIMENTO
NEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI (ANNO 2023) DEI PEDIATRI CONVENZIONATI
DELLA REGIONE SARDEGNA

BOLLO € 16

ARES
[incarichimedecinagenerale@
pec.aressardegna.it](mailto:incarichimedecinagenerale@pec.aressardegna.it)

n. identificativo della marca da bollo

Nr. _____

Il sottoscritto/a dott.consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 e ss.mm.i. dichiara di essere nato/a a.....il..... Codice Fiscale residente a prov Via CAP..... a far data dal Tel. cell.

Residente nel territorio della Regione e titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza pediatrica presso l'Azienda sanitaria locale della regionedal (eventuali periodi di sospensione (art. 18, comma 1, dell'ACN/2005 e s.m.i.) dal al) e con anzianità complessiva di medico specialista pediatra convenzionato pari a mesi specializatin data con voto finale

PRESENTA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Ai sensi e per le finalità di cui all'art. 32, comma 5, lettera a) dell'ACN 2022 e s.m.i., nel sottoindicato ambito territoriale carente pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Sardegna n. _____ del _____ come di seguito indicato:

ASSL	Ambito Territoriale

Allega alla presente: la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà atta a comprovare il diritto a concorrere, l'autocertificazione attestante l'anzianità complessiva di incarico come pediatra convenzionato (allegato 2)) e copia del documento di identità in corso di validità e codice fiscale.

Allegati n.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso il seguente indirizzo pec intestato al sottoscritto

.....

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
.....

ALLEGATO 1b

**DOMANDA DI TRASFERIMENTO
NEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI (ANNO 2023) DEI PEDIATRI CONVENZIONATI
PROVENIENTI DA ALTRA REGIONE**

BOLLO € 16

ARES
incarichimedecinagenerale@pec.aresardegna.it

n. identificativo della marca da bollo

Nr. _____

Il sottoscritto/a dott.consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 e ss.mm.i. dichiara di essere nato/a a.....il..... Codice Fiscale residente a prov. Via CAP..... tel..... cell e, a far data dal, residente nel territorio della Regione e titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza specialistica pediatrica presso l'Azienda sanitaria locale della regione dal (eventuali periodi di sospensione (art. 18, comma 1, dell'ACN/2005 e s.m.i.) dal al) e con anzianità complessiva di medico specialista pediatra convenzionato pari a mesi specializat ...in data con voto finale

PRESENTA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Ai sensi e per le finalità di cui all'art. 32, comma 5, lettera **b)** dell'ACN 2022 e s.m.i., nel sotto indicato ambito territoriale carente pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Sardegna n. _____ del _____ :

ASSL	Ambito Territoriale

Allega alla presente la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà atta a comprovare il diritto a concorrere, l'autocertificazione attestante l'anzianità complessiva di incarico come pediatra convenzionato (allegato 2)) e copia del documento di identità in corso di validità e codice fiscale.

Allegati n.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso il seguente indirizzo pec intestato al sottoscritto

.....

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
.....

ALLEGATO 1c)
DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI
(ANNO 2023) PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

PER GRADUATORIA

BOLLO € 16

ARES
incarichimedecinagenerale@pec.aressardegna.it

n. identificativo della marca da bollo

Nr. _____

Il sottoscritto/a dott.consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 e ss.mm.i. dichiara di essere nato/a a.....il..... Codice Fiscale residente a prov..... Via CAP..... TEL....., ASSSL di residenza

Residente nella Regione dal inserito nella graduatoria regionale dei medici pediatri di cui all'art. 19 e s.m.i. dell'ACN del 28 aprile 2022 pubblicata sul Bollettino ufficiale della Regione Sardegna n. 55 del 01.12.2022.
specializzatin data con voto finale

PRESENTA DOMANDA DI INSERIMENTO

Ai sensi e per le finalità di cui all'art. 32, comma 5, lettera **c)** dell'ACN 2005 e s.m.i., integralmente sostituito dall'art. 2 dell'ACN/2018 nel sotto indicato ambito territoriale carente pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Sardegna n. _____ del _____:

ASSL	Ambito Territoriale

A tal fine dichiara:

di essere incluso nella suddetta graduatoria regionale dei medici pediatri valida per l'anno 2023, con punteggio

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso il seguente indirizzo pec intestato al sottoscritto:
.....

Allega alla presente la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà atta a comprovare il diritto a concorrere, l'allegato 1) e copia del documento di identità in corso di validità e codice fiscale.

Allegati n.

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

.....

ALLEGATO 1d)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI (ANNO 2023) MEDICI PEDIATRI SPECIALIZZATI DOPO IL 31 GENNAIO 2022

BOLLO € 16

ARES
[incarichimedecinagenerale@
pec.aressardegna.it](mailto:incarichimedecinagenerale@pec.aressardegna.it)

n. identificativo della marca da bollo

Nr. _____

Il sottoscritto/a dott.consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 e ss.mm.i. dichiara di essere nato/a a.....il.....
CittadinanzaCodice Fiscale residente a prov..... Via
..... CAP..... dal ASSSL di residenza
TEL..... email pec

PRESENTA DOMANDA

Ai sensi e per le finalità di cui all'art. 32, comma 5, lettera **d**) dell'ACN 2022 e s.m.i., nel sotto indicato ambito territoriale carente pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Sardegna n. _____ del _____ :

ASSL	Ambito Territoriale

Allega alla presente: l'allegato 1 bis), la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà atta a comprovare il diritto a concorrere, e copia del documento di identità in corso di validità e codice fiscale.

Allegati n.

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

.....

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

.....

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI
(Art. 43 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a
cognome nome
Nato/a a (prov.) il
Residente nel comune di (prov.)
Via n.
a far data dal
Precedente residenza:
dal al Comune di
(prov.)
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti, richiamate dall'art. 76 del
D.P.R. 445/2000 e s.m.i..

dichiara:

di essere residente nella Regione dal

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e data

Firma del dichiarante

.....

Compilare solo se specializzati dopo il 31/01/2022

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI
(Art. 43 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a

cognome nome

Nato/a a (prov.) il

Residente nel comune di (prov.)

Via n.

a far data dalASSL di residenza

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i..

dichiara:

Di aver conseguito il diploma di specializzazione in pediatria presso l'Università degli studi diin datacon voto finale/.....(*specificare il voto in modo completo*);

Di aver conseguito il diploma di specializzazione in discipline equipollenti alla pediatria (*indicare la disciplina*) ai sensi della tabella B) del 30.01.1998 e s.m.i. presso l'Università degli studi di in data con voto finale/.....(*specificare il voto in modo completo*);

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e data

Firma del dichiarante

.....

ALLEGATO 2) *compilare per trasferimenti*

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI
(Art. 43 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.)

Il/La sottoscritto/a

cognome nome

Nato/a a (prov.) il

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità in atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i..

dichiara:

- di essere titolare di incarico come medico specialista pediatra di libera scelta presso la ASLdi dal;
- di aver maturato l'anzianità complessiva (in territorio italiano) di incarico come medico specialista pediatra pari ad anni mesi giorni
- di avere eventualmente sospeso la propria attività per i seguenti periodi (art. 18 c. 1 del vigente ACN di settore):

.....

.....

.....

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e data

Firma del dichiarante

.....

DICHIARAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà)
(art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.)

Il/la sottoscritt ... dott./dott.ssa

..... nato/a a
..... il

Cittadinanza Residente in
..... Via/Piazza n. iscritto all'albo dei
medici chirurghi e Odontoiatri della Provincia di, n.
....., ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del DPR n. 445/2000 e s.m.i.,

dichiara formalmente di

- 1) Di 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 al
- 2) Di essere/non essere⁽¹⁾ titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del vigente accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale con massimale di n. scelte e con n. scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di ASL
- 3) Di essere/non essere⁽¹⁾ titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del vigente accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, con massimale di n. scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di ASL
- 4) Di essere/non essere⁽¹⁾ titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato⁽¹⁾ come specialista ambulatoriale convenzionato interno⁽²⁾:
ASL branca ore settimanali
- 5) Di essere/non essere⁽¹⁾ iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni⁽²⁾:
Provincia branca periodo: dal
- 6) Di 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 ASL ore settimanali.....in forma attiva – in forma di disponibilità⁽¹⁾;
- 7) Di operare/non operare⁽¹⁾ a qualsiasi titolo in e /o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate che abbiano accordi contrattuali con le aziende ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i.: ⁽²⁾
Organismoore sett.
Via Comune di
Tipo di attività
Tipo di rapporto di lavoro
Periodo: dal

- 8) Di 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 della L. 833/78:⁽²⁾
 Organismoore sett.
 Via Comune di
 Tipo di attività
 Tipo di rapporto di lavoro
 Periodo: dal;
- 9) Di svolgere/non svolgere⁽¹⁾ funzioni di medico di fabbrica⁽²⁾ o di medico competente ai sensi del D.lgs n. 81/2008:
 Aziendaore sett.
 Via Comune di
 Periodo: dal;
- 10) Di svolgere/non svolgere⁽¹⁾ per conto dell'INPS o dell'azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte:⁽²⁾
 Aziendaore sett.
 Comune di
 Periodo: dal;
- 11) Di 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;
- 12) Di svolgere/non svolgere⁽¹⁾ altre 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
- 13) Di 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. 1,2,3,4 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 5,6,7):
 Soggetto pubblico
 Via Comune di
 Tipo di attività
 Tipo di rapporto di lavoro
 Periodo: dal
- 14) Di fruire/non fruire del trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente a carico del
 Periodo: dal
- 15) Di fruire/non fruire⁽¹⁾ 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.....;
- 16) Di essere/non essere iscritto⁽¹⁾ a corso di formazione in medicina generale o corsi di specializzazione di cui ai Decreti legislativi nn. 256/91, 257/91, 368/99, e 277/2003:
 Denominazione corso
 Soggetto pubblico che lo svolge
 Inizio: dal

17) Di 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⁾

.....
.....

18) Di essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il servizio sanitario nazionale⁽²⁾

.....
.....

NOTE:

.....
.....
.....
.....

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero ⁽³⁾

Data Firma del dichiarante ⁽⁴⁾

⁽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⁾ l'Amministrazione può svolgere, in qualsiasi momento, specifici controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese dai partecipanti al presente comunicato, in attuazione all'art. 71 del DPR n. 445.

Ai sensi e agli effetti degli artt. 75 e 75 del DPR 28 DICEMBRE 2000, N. 445 e s.m.i., le dichiarazioni mendaci e la falsità in atti, sono puniti dal codice penale. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

⁽⁴⁾ ai sensi dell'art. 38, comma 3, del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i., le istanze e le dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica possono essere sottoscritte con firma non autenticata **se vengono trasmesse unitamente a copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante.**