

D.D.G. n. 1397/2020

REPUBBLICA ITALIANA



REGIONE SICILIANA

ASSESSORATO DELLA SALUTE

DIPARTIMENTO REGIONALE PER LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA

IL DIRIGENTE GENERALE

**“BANDO INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
1° SETTEMBRE 2020 – INTEGRAZIONE A.S.P. TRAPANI”**

- VISTO lo Statuto della Regione Siciliana;
- VISTA la legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale del 23/12/78 n. 833;
- VISTO il D.L.vo 502/92, come modificato ed integrato con il D.L.vo 517/93, e ulteriormente modificato con D.L.vo 229/99;
- VISTO l'Accordo Collettivo Nazionale dei Medici di Medicina Generale del 23/03/05 e s.m.i;
- VISTO l'art. 7 dell' A.C.N. 21/06/2018 che sostituisce l'art. 92 e ristabilisce i criteri per la copertura degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale, come integrato dall'art.11 dell'A.C.N. 18/06/2020;
- VISTO il D.D.G. n. 2032 del 12/11/19 (G.U.R.S. n. 53 del 29/11/19) e s.m.i., con il quale è stata approvata la Graduatoria Regionale definitiva di Medicina Generale valida per l'anno 2020;
- VISTO il D.D.G. n. 1216 dell' 11/12/2020, pubblicato sulla G.U.R.S. n. 64 del 24/12/2020, con il quale sono stati individuati gli incarichi di emergenza sanitaria territoriale vacanti al 1° settembre 2020;
- VISTA la nota prot. n. 135975 del 29/12/2020 con la quale l'A.S.P. di Trapani ha rappresentato che, come precedentemente comunicato, risultano ancora vacanti gli incarichi accertati al 1° marzo 2020 tranne quello nella postazione della MSA -118 di Marsala a 38 ore settimanali;
- RITENUTO di dover procedere alla necessaria integrazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale dell'A.S.P. di Trapani;
- VISTO il D.P.R. n. 445/00 recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di semplificazione delle certificazioni amministrative;
- VISTE le norme in materia di trasparenza e di pubblicità dell'attività amministrativa di cui all'art. 68 della L. R. 12 agosto 2014 n. 21 e s.m.i.;

DECRETA

ART. 1 Per quanto in premessa indicato e fermo restando quant'altro previsto dal D.D.G. n. 1216 dell'11/12/2020, si dispone la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale, PP.TT.EE. e Ambulanze Medicalizzate, dell' Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani

INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

ABZ / P.T.E.

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI TRAPANI

POSTAZIONI	INCARICHI	
- PTE San Vito Lo Capo	4	38 h settimanali;
- PTE Salemi	1	19 h settimanali;
- MSA /118 cod. 37 Marsala	1	19 h settimanali;
- MSA /118 cod. 53 Petrosino	1	19 h settimanali;
- MSA /118 cod. 35 Castelvetro	1	19 h settimanali;

ART. 2 I medici interessati, **entro 20 giorni a decorrere dalla pubblicazione del presente decreto sulla G.U.R.S.** devono trasmettere all'Azienda Sanitaria Provinciale di Trapani, a mezzo raccomandata a.r., apposita domanda di assegnazione di uno o più degli incarichi vacanti pubblicati, in conformità agli schemi allegati "A", "B", "C", "D", "E", "F", "G".

ART. 3 Per tutto quanto non espressamente disciplinato dal presente decreto si rimanda a quanto disposto dal D.D.G. n. 1216/2020 con il quale sono stati pubblicati gli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale accertati al 1° settembre 2020.

Il presente decreto sarà pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana e trasmesso al responsabile del procedimento di pubblicazione di contenuti sul sito istituzionale, ai fini dell'assolvimento dell'obbligo di pubblicazione online.

Palermo, 30/12/2020



IL DIRIGENTE GENERALE
(ing. Mario La Rocca)

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
(dott.ssa Antonella Di Stefano)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(PER TRASFERIMENTO)**

Marca da Bollo
€ 16,00

All'Azienda Sanitaria Provinciale di
TRAPANI

Via _____

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ il _____
residente a _____ CAP _____ Via _____
tel. _____ cell. _____ titolare di incarico a tempo indeterminato
di emergenza sanitaria territoriale presso l'A.S.P. di _____,
della Regione _____ dal _____ e con anzianità
complessiva di emergenza sanitaria territoriale pari a mesi _____
P.E.C. _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 92 comma 6 lett. a) come sostituito dell'art. 7 dell' Accordo Collettivo Nazionale dei medici di medicina generale 21/06/2018, per l'assegnazione di uno dei seguenti incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al 1° settembre 2020, pubblicati sulla G.U.R.S n. _____ del _____ :

- Postazione _____ ASP di TRAPANI
- Postazione _____ ASP di TRAPANI
- Postazione _____ ASP di TRAPANI
- Postazione _____ ASP di TRAPANI
- Postazione _____ ASP di TRAPANI
- Postazione _____ ASP di TRAPANI

ACCLUDE

- Dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il possesso dei requisiti per concorrere al trasferimento e l'anzianità complessiva di incarico nell'Emergenza sanitaria territoriale (all. "A1");
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. "H");
- Copia fotostatica di un documento di identità.

Data _____

Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ il _____

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445 del 28/12/00 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

d i c h i a r a

a) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di _____ della Regione _____ dal _____;

b) di vantare un'anzianità complessiva di servizio effettivo nell'emergenza sanitaria territoriale pari a mesi _____ (1), e precisamente:

dal _____ al _____ presso _____;

dal _____ al _____ presso _____;

dal _____ al _____ presso _____;

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (2) (3)

Data _____

Firma (4) _____

- (1) nel computo dell'anzianità complessiva vanno detratti gli eventuali periodi di sospensione dal rapporto convenzionale.
- (2) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 "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".
- (3) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.
- (4) ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(PER GRADUATORIA SETTORE EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE 2020)**

Marca da Bollo

€ 16,00

All'Azienda Sanitaria Provinciale di

TRAPANI

Via _____

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ il _____

residente a _____ CAP _____ Via _____

tel. _____ cell. _____ inserito nella graduatoria regionale di

medicina generale della Regione Siciliana relativa al settore di emergenza sanitaria territoriale
valida per l'anno 2020 con punti _____

P.E.C. _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 92 comma 6 lett. b) come sostituito dell'art. 7 dell' Accordo
Collettivo Nazionale dei medici di medicina generale 21/06/2018, per l'assegnazione di uno dei
seguenti incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al 1° settembre 2020,
pubblicati sulla G.U.R.S n. _____ del _____ :

Postazione _____ ASP di TRAPANI

Postazione _____ ASP di TRAPANI

Postazione _____ ASP di TRAPANI

Postazione _____ ASP di TRAPANI

Postazione _____ ASP di TRAPANI

Postazione _____ ASP di TRAPANI

ACCLUDE

- Autocertificazione comprovante il possesso dell'attestato di idoneità alle attività di E.S.T.,
l'eventuale titolarità di incarico a tempo indeterminato di C.A. e la residenza storica (all. "B1");
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. "F");
- Copia fotostatica di un documento di identità.

Data _____

Firma _____

AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ il _____
in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito in data _____
presso l'Università _____ con voto _____
inserito nella Graduatoria Regionale di Medicina Generale della Regione Siciliana relativa al settore
di Emergenza Sanitaria Territoriale valida per l'anno 2020 con punti _____
ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/00 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative
e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

d i c h i a r a

- a) di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio delle attività di emergenza sanitaria territoriale, conseguito presso _____ in data _____;
- b) di essere titolare a tempo indeterminato di continuità assistenziale presso la regione _____ A.S.P. di _____;
- c) di essere residente nell'ambito dell'A.S.P. di _____ dal _____;

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1) (2)

Data _____

Firma _____

- (1) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 "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".
- (2) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**
(MEDICI IN POSSESSO DEL DIPLOMA DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE NON INSERITI IN GRADUATORIA)

Marca da Bollo

€ 16,00

All'Azienda Sanitaria Provinciale di

TRAPANI

Via _____

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ il _____
residente a _____ CAP _____ Via _____
tel. _____ cell. _____ in possesso dell'attestato di formazione
specifica in medicina generale conseguito il _____ presso _____
P. E. C. (**obbligatoria**) _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 92 comma 6 lettera c), come sostituito dall'art. 7 dell'A.C.N. dei medici di medicina generale 21/06/18, per l'assegnazione di uno dei seguenti incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al 1° settembre 2020, pubblicati sulla G.U.R.S. n. _____ del _____ :

Postazione _____ ASP di TRAPANI
Postazione _____ ASP di TRAPANI
Postazione _____ ASP di TRAPANI
Postazione _____ ASP di TRAPANI
Postazione _____ ASP di TRAPANI
Postazione _____ ASP di TRAPANI

ACCLUDE

- Autocertificazione (all. "C1");
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. "H");
- Copia fotostatica di un documento di identità.

Data _____

Firma _____

AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ il _____

in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito in data _____

presso l'Università _____ con voto _____

d i c h i a r a

- a) di essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale, conseguito presso _____ in data _____;
- b) di essere in possesso dell'attestato di idoneità alle attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, conseguito presso _____ in data _____;

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1) (2)

Data _____

Firma _____

(1) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 "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".

(2) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI
VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**
(ai sensi dell'art. 1 c. 2 dell'A.I.R. di Emergenza Sanitaria Territoriale)

Marca da Bollo

€ 16,00

All'Azienda Sanitaria Provinciale di

TRAPANI

Via _____

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ il _____
residente a _____ CAP _____ Via _____
tel. _____ cell. _____
P.E.C. _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 1 comma 2 dell'A. I. R. di Emergenza Sanitaria Territoriale, per l'assegnazione di uno dei seguenti incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al 1° settembre 2020, pubblicati sulla G.U.R.S. n. _____ del _____ :

Postazione _____ ASP di TRAPANI

Postazione _____ ASP di TRAPANI

Postazione _____ ASP di TRAPANI

Postazione _____ ASP di TRAPANI

Postazione _____ ASP di TRAPANI

Postazione _____ ASP di TRAPANI

ACCLUDE

- Autocertificazione comprovante il possesso dell'attestato di formazione in Medicina Generale, attestato di idoneità alle attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, l'eventuale titolarità di incarico a tempo indeterminato di C.A. (all. "D1");
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. "H");
- Copia fotostatica di un documento di identità.

Data _____

Firma _____

AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ il _____

in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito in data _____

presso l'Università _____ con voto _____

d i c h i a r a

- a) di essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale, conseguito presso _____ in data _____;
- b) di essere in possesso dell'attestato di idoneità alle attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, conseguito presso _____ in data _____;
- c) di essere/non essere titolare a tempo indeterminato di continuità assistenziale presso la regione _____ A.S.P. _____;

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1) (2)

Data _____

Firma _____

- (1) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 "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".
- (2) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI
VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**

(MEDICI ISCRITTI AL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE NELLA REGIONE SICILIA
ex art. 9 comma 1 D.L. 14/12/18 n. 135 , convertito con modificazioni dalla L.11/02/19 n. 12)

Marca da Bollo

€ 16,00

All'Azienda Sanitaria Provinciale di

TRAPANI

Via _____

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ il _____
residente a _____ CAP _____ via _____
tel. _____ cell. _____
P. E. C. (obbligatoria) _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. dall'art. 92 comma 6 bis – 1° capoverso – , come inserito dall'art.
11 ACN dei medici di medicina generale 18/06/2020 per l'assegnazione di uno dei seguenti
incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al 1° settembre 2020, pubblicati sulla
G.U.R.S. n. _____ del _____ :

Postazione _____ ASP di TRAPANI

Postazione _____ ASP di TRAPANI

Postazione _____ ASP di TRAPANI

Postazione _____ ASP di TRAPANI

Postazione _____ ASP di TRAPANI

Postazione _____ ASP di TRAPANI

ACCLUDE

- Autocertificazione (all."E1");
- Copia fotostatica di un documento di identità

Data _____

Firma _____

AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ il _____

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/00 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

dichiaro

- a) di essere residente nel Comune di _____ Prov. _____
- b) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di _____ in data _____ con voto _____
- c) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data _____ presso l'Università di _____
- d) di essere in possesso dell'attestato di idoneità alle attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, conseguito presso _____ in data _____;
- e) di essere iscritto all'Ordine dei Medici della provincia di _____
- f) di essere iscritto al corso di formazione in medicina generale nella Regione Sicilia nel triennio _____ e di frequentare il:
 - primo anno
 - secondo anno
 - terzo anno

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Data _____

Firma(2)(3) _____

(1) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 "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".

(2) ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

(3) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

ALLEGATO "F"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI
VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**

(MEDICI ISCRITTI AL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE NELLA REGIONE SICILIA
ex art.12 comma 3 D.L. 30/04/19 n. 35 (c.d. Decreto Calabria), convertito con L. 25/06/19 n. 60)

Marca da Bollo

€ 16,00

All'Azienda Sanitaria Provinciale di

TRAPANI

Via _____

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ il _____
residente a _____ CAP _____ via _____
tel. _____ cell. _____
P. E. C. (obbligatoria) _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto secondo quanto previsto dall'art. 92 comma 6 bis – 2° capoverso –, come
inserito dall'art. 11 ACN dei medici di medicina generale 18/06/2020 per l'assegnazione di uno dei
seguenti incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al 1° settembre 2020,
pubblicati sulla G.U.R.S. n. _____ del _____ :

Postazione _____ ASP di TRAPANI

Postazione _____ ASP di TRAPANI

Postazione _____ ASP di TRAPANI

Postazione _____ ASP di TRAPANI

Postazione _____ ASP di TRAPANI

Postazione _____ ASP di TRAPANI

ACCLUDE

- Autocertificazione (all. "F1");
- Copia fotostatica di un documento di identità

Data _____

Firma _____

AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ il _____

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/00 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

dichiaro

- a) di essere residente nel Comune di _____ Prov. _____
- b) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di _____ in data _____ con voto _____
- c) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data _____ presso l'Università di _____
- d) di essere in possesso dell'attestato di idoneità alle attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, conseguito presso _____ in data _____;
- e) di essere iscritto all'Ordine dei Medici della provincia di _____
- f) di essere iscritto al corso di formazione in medicina generale nella Regione Sicilia, ai sensi di quanto previsto dall'art. 12 D.L. n. 35/19 (c.d. Decreto Calabria), convertito con L. 60/19 nel triennio _____

- primo anno
- secondo anno
- terzo anno

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Data _____

Firma(2)(3) _____

(1) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 "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".

(2) ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

(3) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

ALLEGATO "G"

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**
(ai sensi del Protocollo d'intesa sottoscritto con le OO.SS. di categoria)

Marca da Bollo
€ 16,00

All'Azienda Sanitaria Provinciale di
TRAPANI
Via _____

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ il _____
residente a _____ CAP _____ Via _____
tel. _____ cell. _____ in possesso dell'attestato di
idoneità all'esercizio delle attività di emergenza sanitaria, vantando un'anzianità di servizio con
incarico a tempo determinato, conferito ai sensi dell'art. 97 dell'A.C.N., di almeno due anni, anche
non continuativi, nell'ultimo quinquennio in una delle Aziende Sanitarie Provinciali del S.S.R.,

P.E.C. _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art 3 del Protocollo di Intesa sottoscritto in data _____, approvato
con DA n. _____ del _____, per l'assegnazione di uno dei seguenti incarichi vacanti di
emergenza sanitaria territoriale individuati al 1° settembre 2020, pubblicati sulla G.U.R.S n.
_____ del _____:

Postazione _____ ASP di TRAPANI
Postazione _____ ASP di TRAPANI
Postazione _____ ASP di TRAPANI
Postazione _____ ASP di TRAPANI
Postazione _____ ASP di TRAPANI

ACCLUDE

- Autocertificazione comprovante il possesso dei requisiti prescritti dall'art. 3 del Protocollo di
intesa (all."G1");
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. "H");
- Copia fotostatica di un documento di identità.

Data _____

Firma _____

AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ il _____

in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito in data

presso l'Università _____ con voto _____

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/00 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

d i c h i a r a

- a) di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio delle attività di emergenza sanitaria territoriale, conseguito presso _____ in data _____;
- b) di vantare un'anzianità complessiva di servizio effettivo a tempo determinato nell'emergenza sanitaria territoriale pari a mesi _____ (1), e precisamente:
- dal _____ al _____ presso _____ ;
- dal _____ al _____ presso _____ ;
- dal _____ al _____ presso _____ ;
- c) che il suddetto servizio è stato prestato integralmente ed esclusivamente in attività direttamente connesse all'emergenza sanitaria territoriale.

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1) (2)

Data _____

Firma _____

- 1) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 "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".
- 2) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ il _____

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445 del 28/12/00 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 a tempo indeterminato di incarico di emergenza sanitaria territoriale presso la Regione _____ Azienda di _____ Postazione _____ ;
- 2) essere / non essere titolare a tempo determinato di incarico di emergenza sanitaria territoriale presso la Regione _____ Azienda di _____ Postazione _____ ;
- 3) essere / non essere titolare di incarico come medico di assistenza primaria presso l'Azienda di _____ ambito territoriale di _____ n. scelte _____ ;
- 4) essere / non essere titolare di incarico come medico specialista pediatra di libera scelta presso l'Azienda di _____ ambito territoriale di _____ n. scelte _____ ;
- 5) essere / non essere titolare di incarico a tempo determinato o indeterminato di continuità assistenziale nella Regione _____ Azienda _____ Presidio _____ ore sett. _____ ;
- 6) 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 _____
- 7) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:
Azienda _____ branca _____ ore sett. _____
Azienda _____ branca _____ ore sett. _____ ;
- 8) essere / non essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti accreditati esterni o di avere / non avere un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 c. 5 D.L.vo n. 502/92:
Provincia _____ Azienda _____ branca _____ dal _____ ;
- 9) essere / non essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 o a corsi di specializzazione di cui al D.L.vo 257/91 e corrispondenti norme del D.L.vo 368/99:
Denominazione del corso _____
Soggetto che lo svolge _____ inizio dal _____ ;
- 10) operare / non operare 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:
Organismo _____ ore sett. _____ Comune _____
Tipo di attività _____ Tipo di lavoro _____ dal _____ ;

- 11) svolgere – non svolgere funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della L.626/93:
 Azienda _____ ore sett. _____ dal _____ ;
- 12) svolgere – non svolgere per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito del quale può acquisire scelte:
 Azienda _____ Comune _____ dal _____ ;
- 13) avere – non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:
 _____ dal _____ ;
- 14) 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 _____ ;
- 15) fruire / non fruire del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14/10/76 del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:
 dal _____ ;
- 16) svolgere / non svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate:
 tipo di attività _____ dal _____ ;
- 17) essere / non essere titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate
 Azienda _____ tipo di attività _____ ore sett. _____ dal _____ ;
- 18) 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 _____ ;
- 19) essere / non essere titolare di trattamento di pensione:
 _____ dal _____ ;
- 20) fruire / non fruire di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al precedente punto 15):
 soggetto erogante il trattamento pensionistico _____ dal _____ .

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1) (2)

Data _____

Firma (3) _____

- (1) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 "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".
- (2) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.
- (3) ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.