

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI**

**DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA (PER TRASFERIMENTO)**

**Modulo da compilare a cura dei pediatri convenzionati presso la REGIONE SICILIA**  
(ACN per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta 29.07.2009 .art. 33,co. 2 lett. a )

Marca da Bollo

€ 16,00

All'Assessorato Regionale della Salute

Dipartimento Pianificazione Strategica

Servizio 1° "Personale del S.S.R. Dipendente e  
Convenzionato"

Piazza O. Ziino n° 24

90145 Palermo

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_ titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera  
scelta presso l'A.S.P. di \_\_\_\_\_, ambito territoriale di  
\_\_\_\_\_ della Regione Sicilia  
PEC (obbligatoria) \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

secondo quanto previsto dall'art. 33 comma 2 lettere a) dell'Accordo Collettivo Nazionale dei  
medici specialisti pediatri di libera scelta 29.07.2009, per l'assegnazione del seguente ambito  
territoriali carenti di pediatria di libera scelta:

ASP TRAPANI

Ambito TRAPANI, ERICE, PACECO, FAVIGNANA, PANTELLERIA

**ACCLUDE**

- Dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il possesso dei requisiti per concorrere al  
trasferimento e l'anzianità di incarico (all. "A1");
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. "D");
- Copia fotostatica di un documento di identità, in corso di validità.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

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

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 28.12.2000, n. 445 e smi

**dichiaro**

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:

a) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta presso l'A.S.P. di \_\_\_\_\_ ambito territoriale di \_\_\_\_\_ della Regione Sicilia dal ( g/m/a) \_\_\_\_\_ ;

b) di vantare un'anzianità complessiva di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta 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)

Data \_\_\_\_\_

Firma (3 ) \_\_\_\_\_

(1) nel computo dell'anzianità complessiva vanno detratti gli eventuali periodi di cessazione dall'incarico.

(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) 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 ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI  
DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA (PER TRASFERIMENTO)**

**Modulo da compilare a cura dei pediatri convenzionati presso ALTRA REGIONE**  
(ACN per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta 29.07.2009.art. 33,co. 2 lett. a1)

Marca da Bollo  
€ 16,00

All'Assessorato Regionale della Salute  
Dipartimento Pianificazione Strategica  
Servizio 1° "Personale del S.S.R. Dipendente e  
Convenzionato"  
Piazza O. Ziino n° 24  
90145 Palermo

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_ titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera  
scelta presso l'A.S.L. n. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ ambito territoriale di  
\_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_;  
PEC ( OBBLIGATORIA) \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

secondo quanto previsto dall'art. 33 comma 2 lettere a1) dell'Accordo Collettivo Nazionale dei  
medici specialisti pediatri di libera scelta 29.07.2009, per l'assegnazione del seguente ambito  
territoriale carente di pediatria di libera scelta :

ASP TRAPANI

Ambito TRAPANI, ERICE, PACECO, FAVIGNANA, PANTELLERIA

**ACCLUDE**

- Dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il possesso dei requisiti per concorrere al trasferimento e l'anzianità di incarico (all. "B1");
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. "D");
- Copia fotostatica di un documento di identità, in corso di validità.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

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

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 28.12.2000, n. 445, per comprovare l'anzianità complessiva di incarico di pediatria di libera scelta

**d i c h i a r a**

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:

a) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta ed iscritto nell'elenco dei medici pediatri presso l'A.S.L. n. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ ambito territoriale di \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ ;

b) di vantare un'anzianità complessiva di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta nell'ambito della Regione \_\_\_\_\_ 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)

Data \_\_\_\_\_

Firma (3 ) \_\_\_\_\_

(1) nel computo dell'anzianità complessiva vanno detratti gli eventuali periodi di cessazione dall'incarico.

(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) 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 ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI**

**DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA (PER GRADUATORIA)**

(ACN per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta 29.07.2009 .art. 33,co. 2 lett. b)

Marca da Bollo

€ 16,00

All'Assessorato Regionale della Salute

Dipartimento Pianificazione Strategica

Servizio 1° "Personale del S.S.R. Dipendente e  
Convenzionato"

Piazza O. Ziino n° 24

90145 Palermo

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

nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_ inserito nella graduatoria unica regionale di pediatria di libera  
scelta della Regione Siciliana valida per l'anno 2018 con punti \_\_\_\_\_

PEC ( obbligatoria) \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA**

secondo quanto previsto dall'art. 33 comma 2 lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale dei  
medici specialisti pediatri di libera scelta 29.07.2009, per l'assegnazione del seguente ambito  
territoriale carente di pediatria di libera scelta:

ASP TRAPANI

Ambito TRAPANI, ERICE, PACECO, FAVIGNANA, PANTELLERIA

**ACCLUDE**

- Autocertificazione di residenza storica ( All C1);
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio ( All D)
- Copia fotostatica di un documento di identità, in corso di validità

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**AUTOCERTIFICAZIONE**

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

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

inserito nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta della Regione Siciliana valida per l'anno 2018 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 residente nel territorio della Regione Siciliana dal \_\_\_\_\_, senza soluzione di continuità (1);
- b) di essere residente presso il Comune di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_, senza soluzione di continuità (1).

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

Data \_\_\_\_\_

Firma (3) \_\_\_\_\_

(1) La mancata indicazione dei dati relativi alla residenza, comporta la non assegnazione dei punteggi aggiuntivi, previsti dall'art. 33, comma 3, lettere b) e c);

(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) 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.

**DICHIARAZIONE INFORMATIVA**  
**(Dichiarazione sostitutiva di atto notorio)**

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

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ iscritto

all'Albo dei \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_

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 di incarico a tempo determinato o a tempo indeterminato come medico specialista pediatra di libera scelta presso l'ASP di \_\_\_\_\_ ambito territoriale di \_\_\_\_\_;
- 2) 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 \_\_\_\_\_
- 3) essere / non essere titolare di incarico di assistenza primaria presso l'ASP. n. \_\_\_ di \_\_\_\_\_ ambito territoriale di \_\_\_\_\_;
- 4) 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. \_\_\_\_\_;
- 5) essere / non essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti preaccreditati esterni:  
Provincia \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- 6) essere / non essere titolare di incarico a tempo determinato o indeterminato di continuità assistenziale o emergenza sanitaria territoriale nella Regione \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_;
- 7) 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 \_\_\_\_\_;
- 8) operare - non operare a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 48 della L.833/78:  
Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
Tipo di attività \_\_\_\_\_ Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_;

- 9) svolgere – non svolgere funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della L.626/93:  
Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- 10) svolgere – non svolgere per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito del quale può acquisire scelte:  
Azienda \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- 11) 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 \_\_\_\_\_;
- 12) svolgere / non svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate:  
tipo di attività \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- 13) essere / non essere titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate  
Azienda \_\_\_\_\_ tipo di attività \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- 14) operare / non operare a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico oltre alle ipotesi sopraevidenziate, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata  
Soggetto pubblico \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
Tipo di attività \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- 15) essere / non essere titolare di trattamento di pensione:  
\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- 16) fruire / non fruire del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita:  
soggetto erogatore dell'adeguamento \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_.

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

Data

Firma (2) \_\_\_\_\_

(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.