

REPUBBLICA ITALIANA



REGIONE SICILIANA
ASSESSORATO DELLA SALUTE
DIPARTIMENTO REGIONALE PER LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA
IL DIRIGENTE GENERALE

“ AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA ”

- VISTO lo Statuto della Regione Siciliana;
- VISTA la legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale n. 833 del 23 dicembre 1978;
- VISTO il D.L.vo 502/92, come modificato dal D.L.vo 517/93 ed ulteriormente modificato ed integrato dal D.L.vo 229/99 ;
- VISTO l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta del 29/07/2009 e smi;
- VISTO l'art. 33 comma 1 del precitato A.C.N. ai sensi del quale la Regione pubblica sulla Gazzetta Ufficiale l'elenco degli ambiti territoriali carenti di pediatri convenzionati individuati, a seguito di formale determinazione delle Aziende, rispettivamente alla data del 1° marzo e del 1° settembre di ogni anno , sulla base dei criteri di cui all'art. 32;
- VISTA la nota prot. n. 19241 del 06/03/2018 con la quale è stata avviata presso le Aziende Sanitarie Provinciali la ricognizione degli ambiti carenti di Pediatria di Libera Scelta al 1° marzo 2018;
- PRESO ATTO della comunicazione pervenuta da parte dell' A.S.P. di Palermo con nota n. 1007 del 28.03.2018 relativamente alla rilevazione di una carenza ordinaria accertata alla data del 1° marzo 2018;
- RITENUTO pertanto di dover procedere alla pubblicazione di n. “1” zona carente individuata al 1° marzo 2018 ai sensi dell'art. 33 comma 1 dell'A.C.N. del 29/07/09;
- RITENUTO che le modalità di pubblicazione e assegnazione degli incarichi debbano avvenire nel rispetto dell'art. 33 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Disciplina dei rapporti con i medici Pediatri di Libera Scelta vigente;
- VISTO l'art. 33 comma 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale di Pediatria di Libera Scelta ai sensi del quale la Regione provvede alla convocazione dei medici aventi titolo mediante raccomandata o telegramma;

- VISTO il DL.vo 07/03/2005 n. 82 “ Codice dell’Amministrazione Digitale”, come modificato ed integrato dal D.L.vo 30/12/2010 n. 235, ed in particolare gli artt. 6 e 48 che disciplinano l’utilizzo della posta elettronica certificata (PEC), equiparandone il valore legale a quello della notificazione per mezzo della posta tradizionale;
- VISTA la L. 28/01/2009 n. 2 ed in particolare gli artt. 16 e 16 bis contenenti disposizioni finalizzate alla riduzione dei costi amministrativi e all’adozione di misure di semplificazione nei rapporti tra i cittadini e la pubblica amministrazione;
- RITENUTO NECESSARIO, al fine di dare applicazione alle suddette disposizioni e nel contempo, in un’ottica di razionalizzazione e riduzione della spesa, procedere alle convocazioni di cui all’art. 33 comma 15 dell’A.C.N. di Pediatria di Libera Scelta, tramite l’utilizzo della posta elettronica certificata (PEC);
- VISTO l’art. 15 comma 11 dell’A.C.N. 29 luglio 2009, ai sensi del quale i pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta possono concorrere all’assegnazione degli ambiti vacanti solo per trasferimento;
- VISTO il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, approvato con D.P.R. 28/12/00 n.445, come modificato ed integrato dall’art. 15 della legge n. 183 del 2011;
- VISTA la delibera 15 maggio 2014 del Garante per la protezione dei dati personali, concernente il riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle P.A.;
- 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;

DECRETA

- ART. 1 Per le motivazioni espresse in premessa, con il presente decreto si dispone la pubblicazione di n. 1 ambito carente di pediatria accertato al 1° marzo 2018:

A.S.P. di Palermo

Ambito: "Alimena, Blufi, Bompietro, Gangi e Geraci Siculo"	Carenza ordinaria ai sensi dell’art. 33 comma 1 dell’A.C.N. del 29/07/09 1° marzo 2018	n. 1 posto
--	---	------------

- ART. 2 Ai sensi di quanto previsto dall’art. 33 comma 2 dell’A.C.N. di Pediatria 29/07/09, possono concorrere al conferimento dell’incarico sopra elencato, secondo il seguente ordine di priorità stabilito dall’art. 33, comma 6 :

- a) per Trasferimento regionale - i pediatri che risultano già iscritti in uno degli elenchi dei pediatri convenzionati per la pediatria di famiglia della Regione Siciliana , a condizione che risultino iscritti da almeno tre anni e che al momento dell’attribuzione

del nuovo incarico non svolgano altra attività, a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, eccezione fatta per attività di continuità assistenziale. Per l'assegnazione di tali incarichi i medici sono graduati in base all'anzianità complessiva di iscrizione negli elenchi di pediatria di famiglia determinata secondo i criteri stabiliti dall'art. 33, comma 7 dell'A.C.N. 29.07.2009. Ai fini del computo dell'anzianità di iscrizione negli elenchi di provenienza, si farà riferimento alla data di scadenza del termine per la presentazione della domanda finalizzata ad ottenere il trasferimento nella zona carente;

- a1) per Trasferimento interregionale - i pediatri che risultano già inseriti in un elenco di pediatria di altra Regione, a condizione che risultino iscritti, da almeno cinque anni nell'elenco di provenienza e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altra attività, a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, eccezione fatta per attività di continuità assistenziale. Per l'assegnazione di tali incarichi i medici sono graduati in base all'anzianità complessiva di iscrizione negli elenchi di pediatria di famiglia determinata secondo i criteri stabiliti dall'art. 33, comma 7 dell'A.C.N. 29.07.2009. Ai fini del computo dell'anzianità di iscrizione negli elenchi di provenienza, si farà riferimento alla data di scadenza del termine per la presentazione della domanda finalizzata ad ottenere il trasferimento nella zona carente;
- b) Per Graduatoria - I pediatri inclusi nella graduatoria regionale definitiva di pediatria di libera scelta valida per l'anno 2018 i quali non risultino titolari di incarico a tempo indeterminato di Pediatria di libera scelta.

ART. 3 Entro 15 giorni dalla pubblicazione del presente decreto sulla G.U.R.S. i pediatri interessati alla copertura dell'ambito di cui al precedente art. 1, dovranno trasmettere all'Assessorato Regionale della Salute – Dipartimento per la Pianificazione Strategica – Servizio 1 “ Personale del S.S.R. Dipendente e Convenzionato” – Piazza Ottavio Ziino n. 24 – 90145 , a mezzo raccomandata a.r., apposita domanda di partecipazione all'assegnazione dell'incarico, in regola con le vigenti norme in materia di imposta di bollo, in conformità agli schemi allegati “A (Trasferimenti regionali)”, o “B (Trasferimento interregionale)” o “C (assegnazione per graduatoria)”, compilando altresì l'allegato “D”.

ART. 4 I medici di cui al punto a) e a1) del precedente art.2 sono tenuti ad allegare alla domanda , apposita dichiarazione ai sensi del D.P.R. 445/00 (all. “A1” o “ All B1”), atta a comprovare il possesso dei requisiti per concorrere al trasferimento e l'anzianità di incarico.

L'anzianità di iscrizione negli elenchi è determinata dall'anzianità complessiva di iscrizione negli elenchi della pediatria di famiglia, detratti i periodi di eventuale cessazione dall'incarico.

ART. 5 I medici di cui al punto b) del precedente art.2 devono dichiarare nella domanda, di essere inclusi nella graduatoria regionale definitiva di pediatria di libera scelta valida per il 2018, specificando il punteggio conseguito.

ART. 6 Al fine del conferimento dell'incarico nell' ambito territoriale carente i pediatri di cui all'art. 2 lett. b) del presente decreto sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

- a) attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria regionale definitiva di pediatria valida per l'anno 2018;
- b) attribuzione di 6 punti ai pediatri che nell'ambito territoriale carente per il quale concorrono abbiano la residenza fin dal 31/01/15 e che tale requisito abbiano mantenuto fino all'attribuzione dell'incarico;

c) attribuzione di 10 punti ai medici residenti nell'ambito della Regione Siciliana fin dal 31/01/15 e che tale requisito abbiano mantenuto fino all'attribuzione dell'incarico;

I medici che intendono fruire del punteggio aggiuntivo di cui ai punti b) e c) del presente articolo devono allegare alla domanda autocertificazione di residenza storica ai sensi del D.P.R. 445/00 (all. "C1").

ART. 7 In allegato alla domanda gli aspiranti devono inoltrare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante se alla data di presentazione della domanda abbiano in atto rapporti di lavoro dipendente, anche a titolo precario, trattamenti di pensione e se si trovino in posizione di incompatibilità, secondo lo schema allegato "D".

ART. 8 Le graduatorie per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti vengono formulate sulla base dell'anzianità e dei relativi punteggi, in caso di pari posizione in graduatoria i medici di cui all'art. 2 del presente decreto, sono ulteriormente graduati nell'ordine di minore età, voto di laurea e anzianità di laurea.

ART. 9 L'Assessorato Regionale della Salute procederà alle convocazioni per l'attribuzione dell'ambito carente, esclusivamente tramite comunicazione inviata per mezzo di posta elettronica certificata (PEC). A tal fine i medici dovranno indicare nella domanda un indirizzo PEC personale, pena la mancata comunicazione della convocazione. L'elenco dei medici convocati, il giorno, il luogo e l'ora della convocazione saranno pubblicati sul sito dell'Assessorato Regionale della Salute;

ART. 10 Il pediatra che, avendo concorso all'assegnazione dell'ambito territoriale carente avvalendosi della facoltà di cui all'art. 33 comma 2 lettere a) e al), accetta l'incarico ai sensi dell'art.34 comma 1 A.C.N. 29/07/2009, decade dall'incarico detenuto nell'ambito territoriale di provenienza e viene cancellato dal relativo elenco.

ART.11 Il pediatra che accetta l'incarico ai sensi dell'art.34 comma 1 A.C.N. 29/07/2009 è cancellato dalla graduatoria regionale di pediatria di libera scelta valida per l'anno 2018.

Il presente decreto sarà trasmesso alla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana per la pubblicazione e al responsabile del procedimento di pubblicazione di contenuti sul sito istituzionale, ai fini dell'assolvimento dell'obbligo di pubblicazione on line.

Palermo, 09 MAG. 2018

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
(Dott.ssa Marisa Finocchiaro)

IL FUNZIONARIO DIRETTIVO
(Angela D'Alia)

IL DIRIGENTE GENERALE
(ing Mario La Rocca)



**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 PALERMO

Ambito ALIMENA, BLUFL, BOMPIETRO, GANGI, e GERACI SICULO

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

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 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 _____ ;

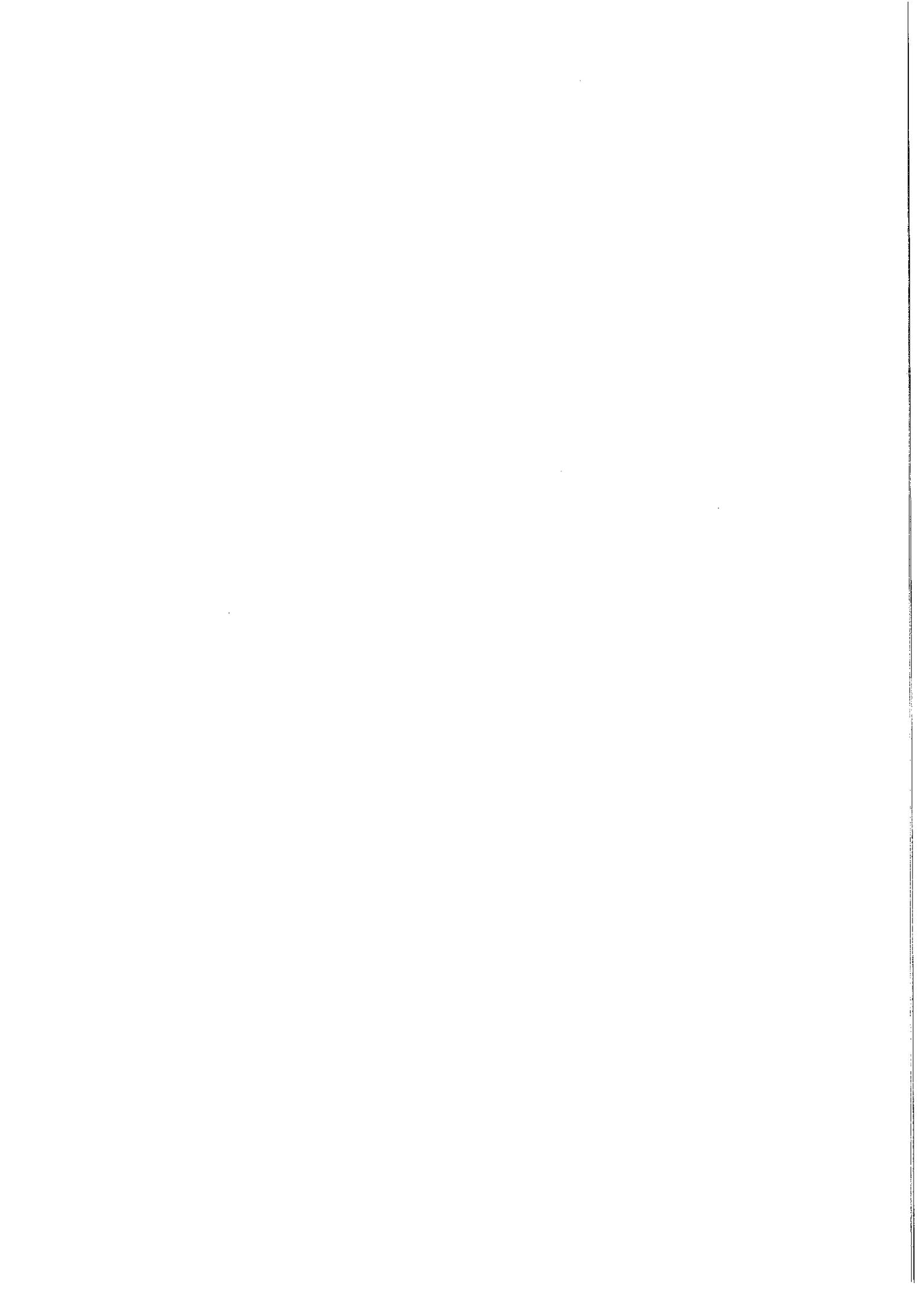
dal _____ al _____ presso _____ ;

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 PALERMO

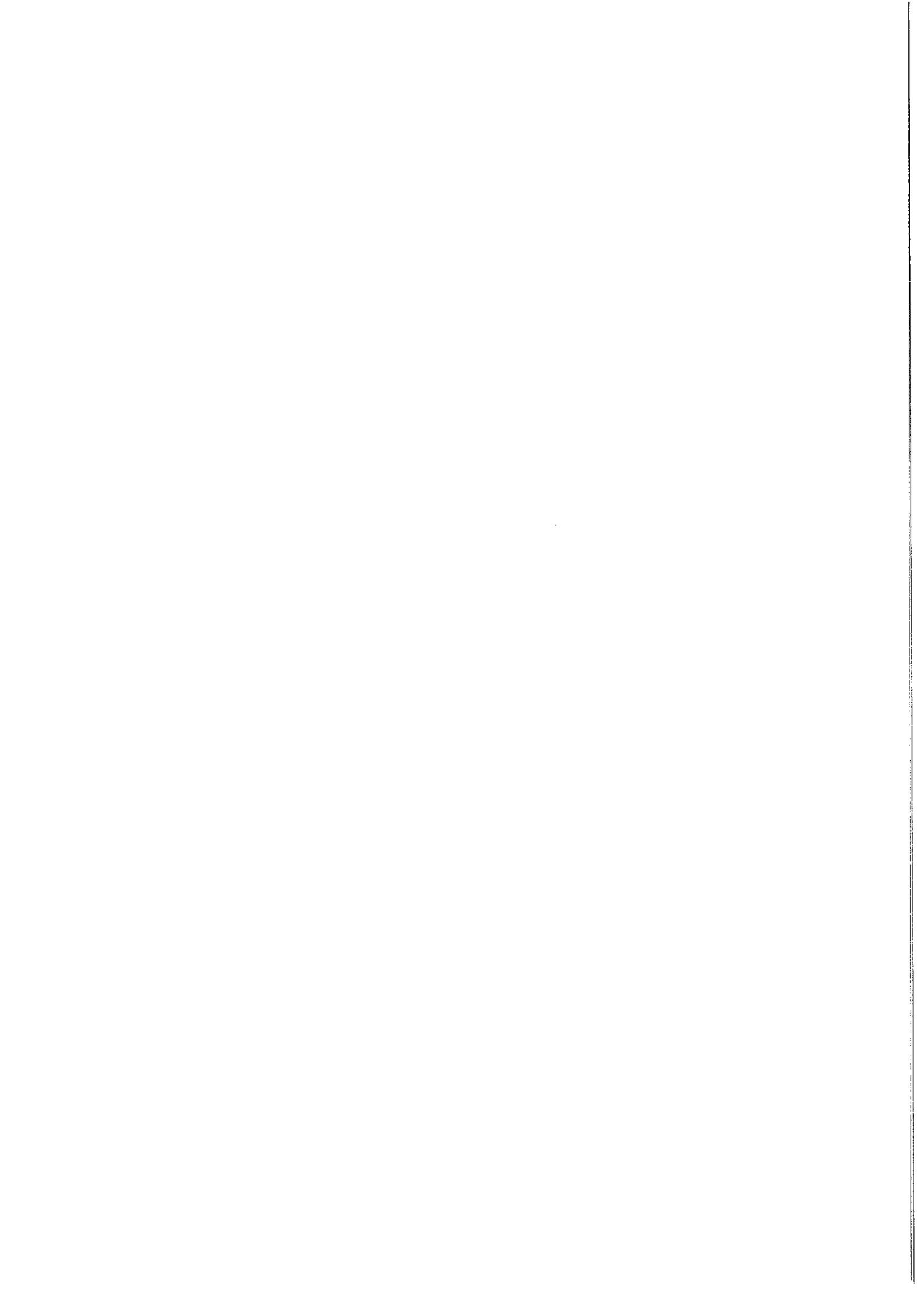
Ambito ALIMENA, BLUFI, BOMPIETRO, GANGI e GERACI SICULO

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)

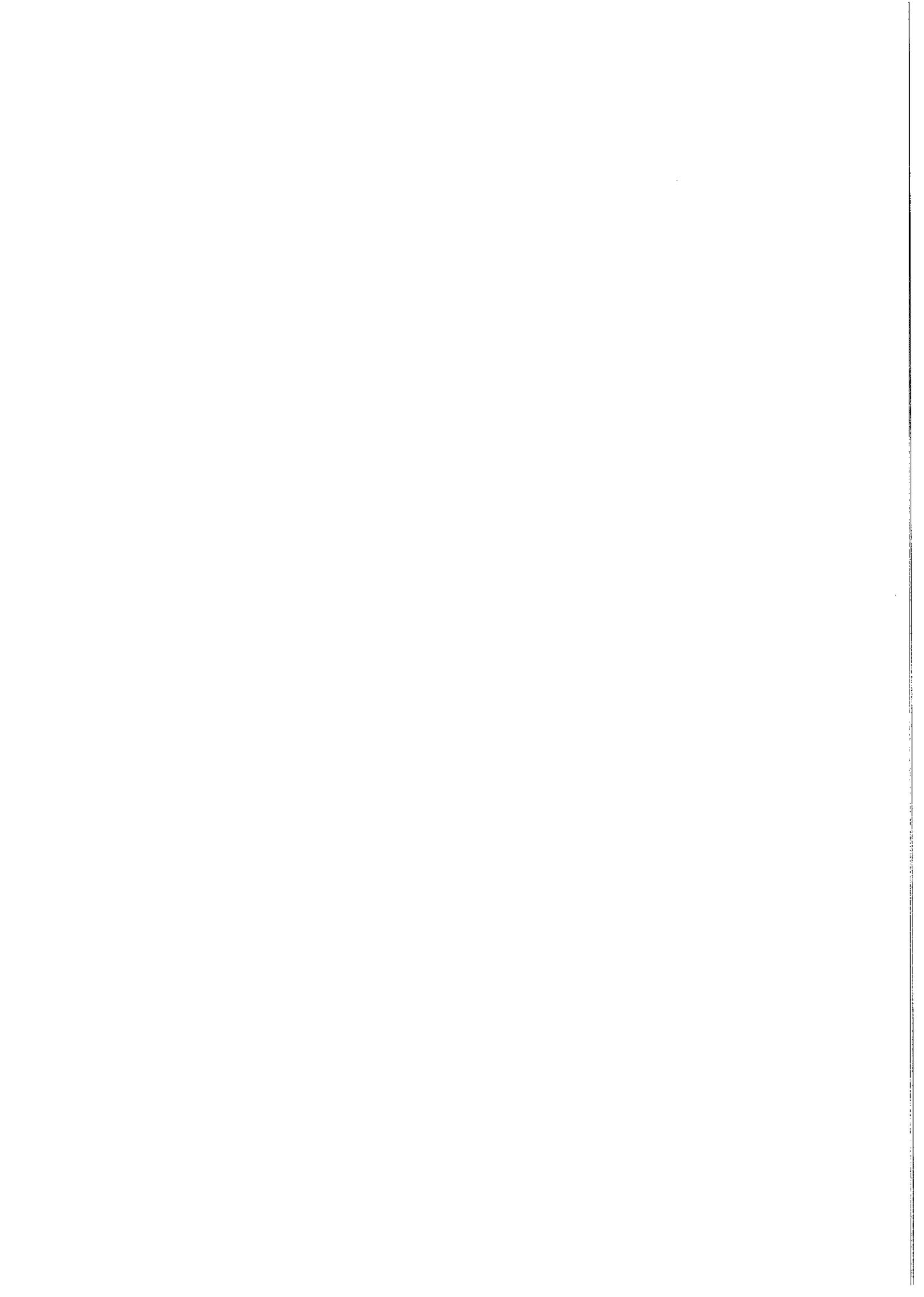
Data _____

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 PALERMO

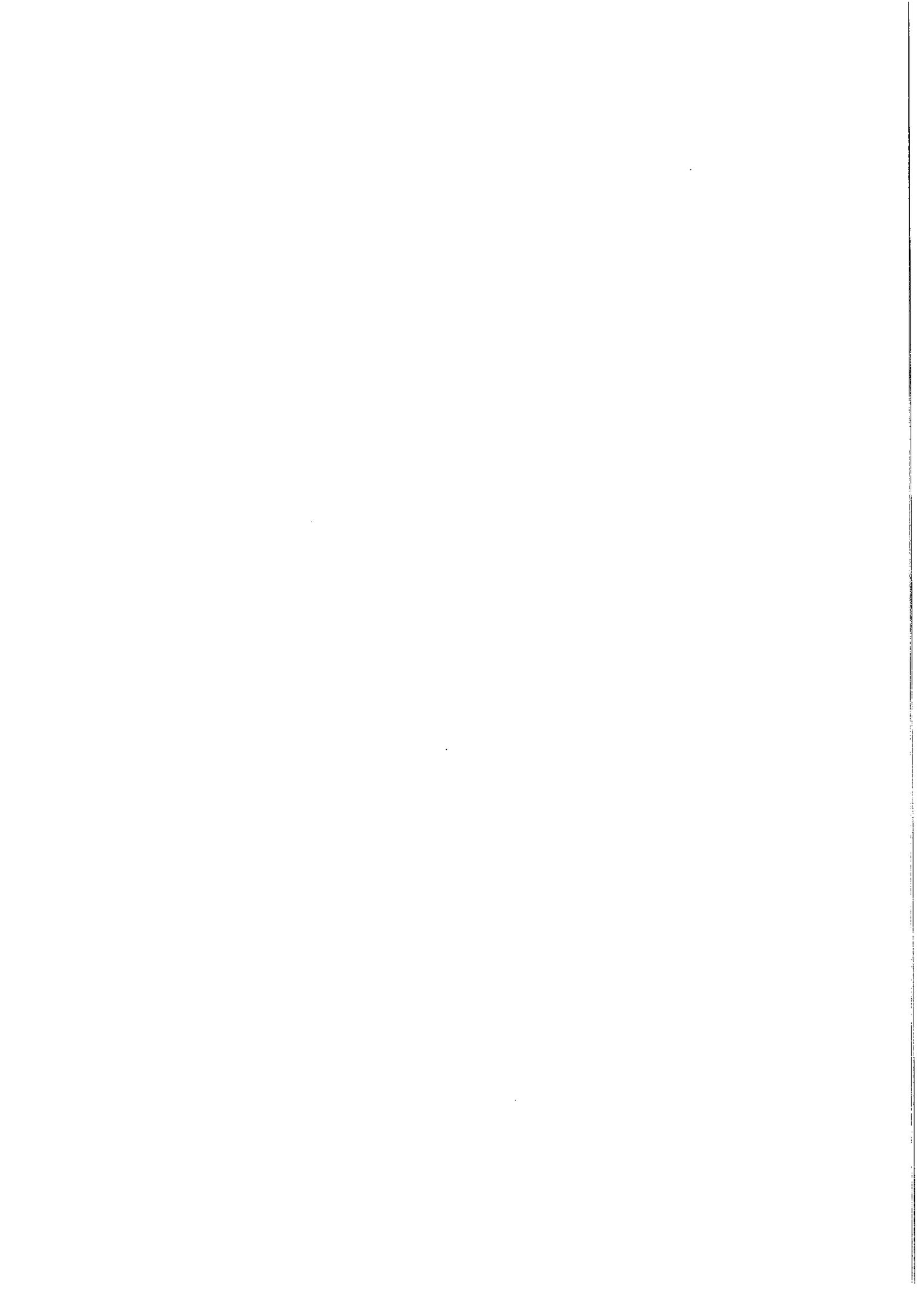
Ambito ALIMENA, BLUFI, BOMPIETRO, GANGI e GERACI SICULO

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)

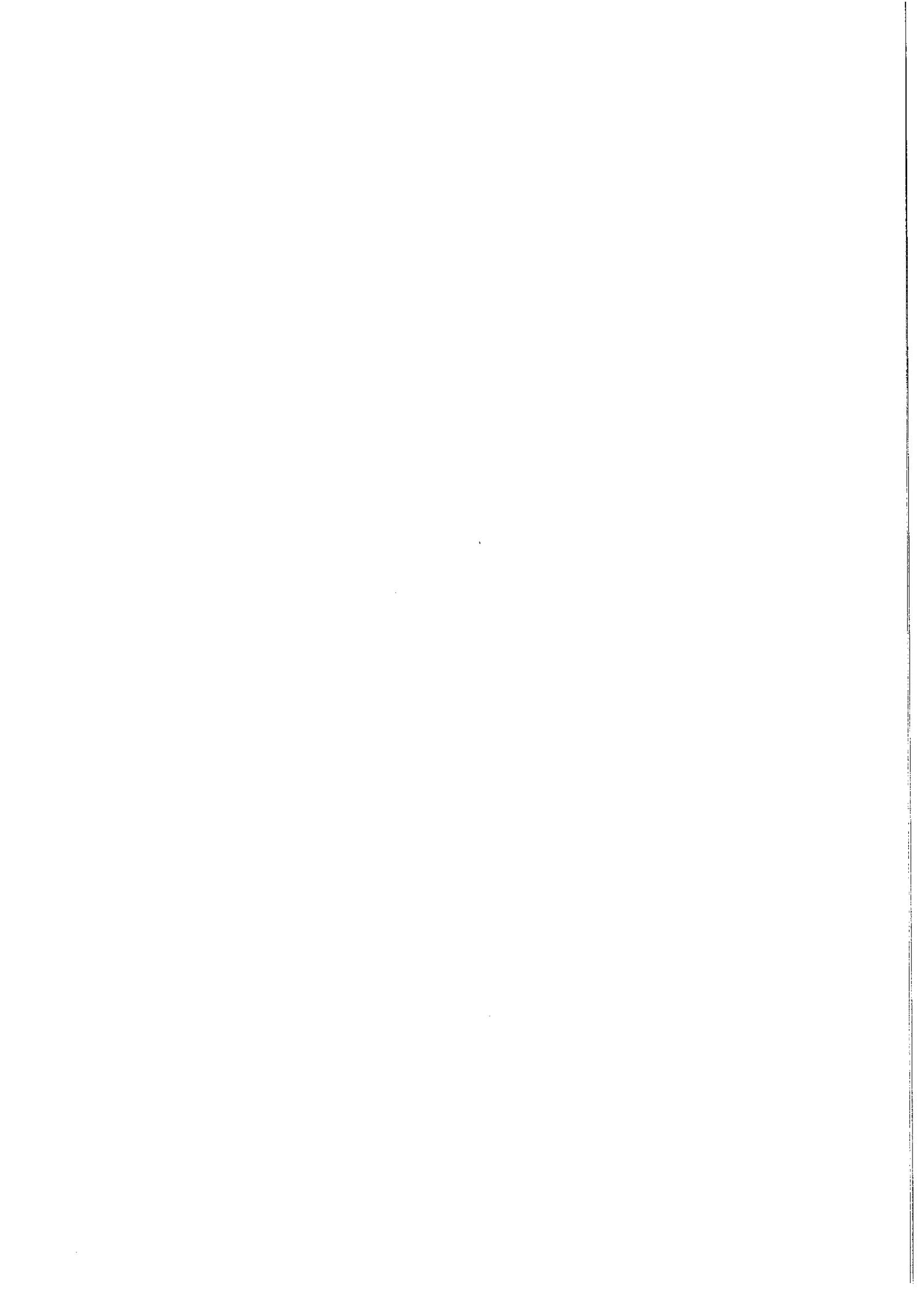
Data _____

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 _____

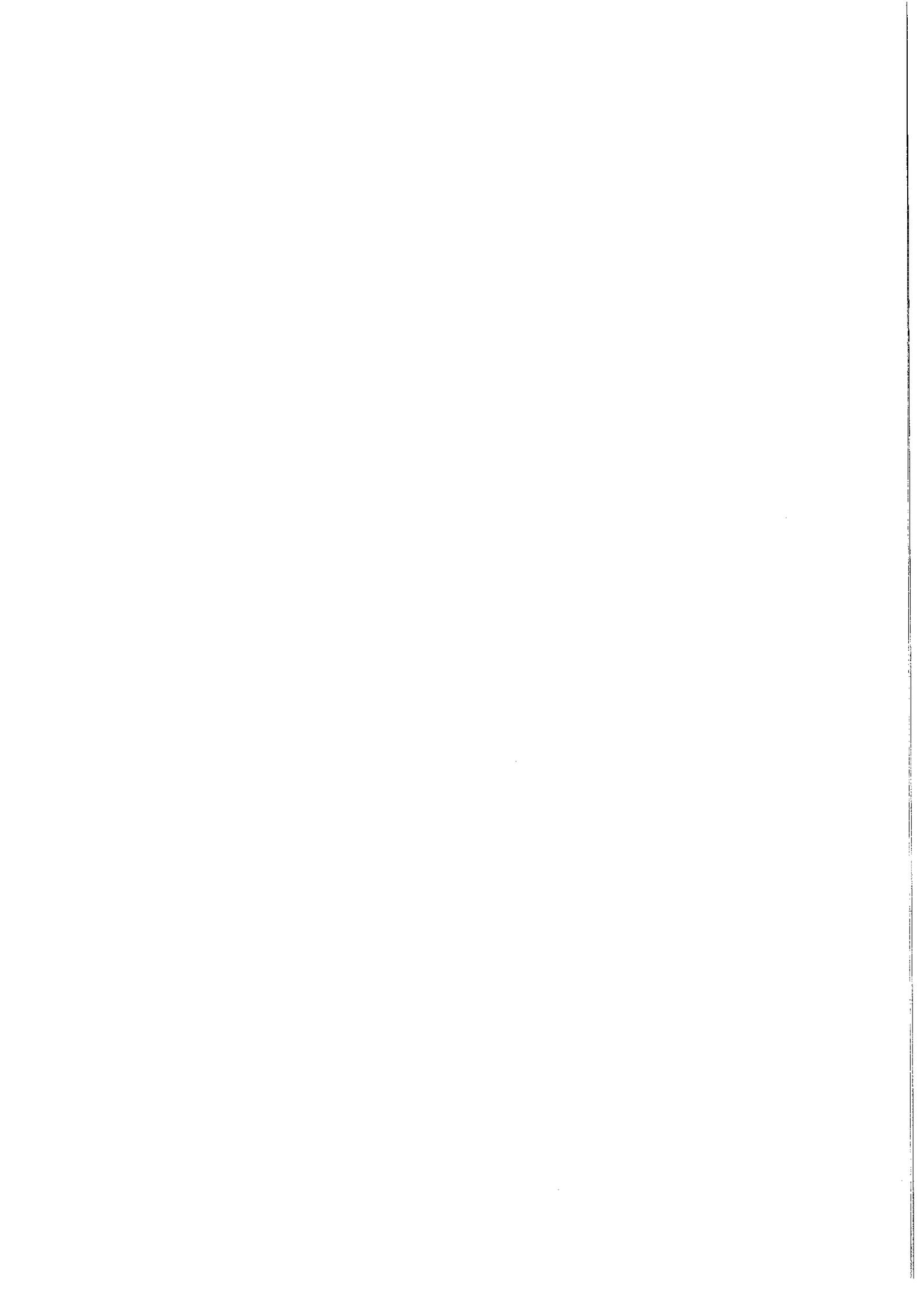
residente a _____ via _____ n. _____ iscritto

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.

