

qualità: bosco ceduo, di mq. 250;
 Superficie da acquisire: mq. 250;
 VALORE STIMATO DEL SEDIME: Euro 166,14.-;

Udine, 22 settembre 2010

IL DIRETTORE DELL'ISPETTORATO:
 dott. Luciano Sulli

10_44_1_ADC_SAL PROT II PUBBLICAZIONE ZONE CARENTI PEDIATRIA

Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali - Aziende per i Servizi Sanitari della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia

Elenco delle zone carenti di medici pediatri di libera scelta - 2a pubblicazione per l'anno 2010.

AZIENDE PER I SERVIZI SANITARI Zone carenti	Medici pediatri di libera scelta
AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 1 "TRIESTINA" Via G.Sai, 1-3 34128 TRIESTE	
Ambito territoriale dei comuni del Consorzio di DuinoAurisina	1
AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 3 "ALTO FRIULI" Piazzetta Portuzza, 1 33013 GEMONA DEL FRIULI	
Ambito territoriale dei comuni di: Tarvisio, Malborghetto-Valbruna, Dogna e Pontebba L'Azienda precisa: - che nel comune di Tarvisio, dovrà essere assicurato un congruo orario di assistenza, ai sensi dell'art. 33, dell'A.C.N. dei medici pediatri di libera scelta, reso esecutivo il 15.12.2005 e s.m.i.; - che, ai sensi dell'Accordo integrativo regionale dell'11 aprile 2008 (D.G.R. n. 817/2008), che ha confermato alcuni istituti contrattuali previsti dall'Accordo integrativo regionale del 30 aprile 2003 (D.G.R. n. 1547/2003) provvederà a: 1. mettere a disposizione un ambulatorio, non in uso esclusivo del pediatra, senza oneri di affitto, per un periodo di 5 anni; 2. corrispondere un compenso accessorio lordo mensile previsto per la zona disagiatissima di complessivi € 1.032,91.	1
AVVERTENZE: Entro 15 giorni, dalla data del presente Bollettino Ufficiale della Regione Friuli Venezia Giulia, i pediatri interessati possono presentare, alle Aziende per i servizi sanitari, apposita domanda, secondo gli schemi riportati di seguito (graduatoria/trasferimento).	

10_44_1_ADC_SAL PROT II PUBBLICAZIONE ZONE CARENTI PEDIATRIA_DOMANDA GRADUATORIA

SCHEMA DI DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI
CARENTI DI MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA
(per graduatoria)
(comprensivo di dichiarazioni sostitutive)

Bollo
€ 14,62

All'Azienda per i servizi sanitari

n. _____

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa _____ cod. fiscale _____
iscritto nella graduatoria regionale dei medici pediatri di libera scelta della Regione Friuli Venezia
Giulia, valevole per l'anno 2010,

chiede

l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di medici pediatri di libera scelta, ai sensi
dell'articolo 33, comma 2, lettera b), dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti
con i medici pediatri di libera scelta, del 29.7.2009, pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione
Friuli Venezia Giulia n. _____ dd. _____, e segnatamente per i seguenti ambiti:

1) Ambito _____

6) Ambito _____

2) Ambito _____

7) Ambito _____

3) Ambito _____

8) Ambito _____

4) Ambito _____

9) Ambito _____

5) Ambito _____

10) Ambito _____

Il sottoscritto, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R.
28.12.2000, n. 445, e successive modifiche, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76,
del D.P.R. innanzi citato, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, nonché
della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di
dichiarazioni non veritiere (art. 75 del D.P.R. n. 445/2000 cit.), **dichiara** quanto segue:

-di essere nato/a a _____ prov. (____) in data _____

-di risiedere a _____ prov. (____) CAP _____

via _____ tel: ____/____

indirizzo e mail _____

dal _____(2)

-di essere/non essere (1) residente nella Regione Friuli Venezia Giulia (3) e precisamente dal
_____ (4), località di residenza _____ (4)

dichiara inoltre

1) di essere/non essere (1) titolare di un 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 di _____

tipo di rapporto di lavoro _____

periodo: dal _____;

2) di essere /non essere (1) titolare di un incarico come medico di medicina generale di assistenza primaria ai sensi dell'A.C.N. del 29.7.2009, con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____

3) di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato/a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno:

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____
Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

4) di essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti accreditati (ex convenzionati esterni)

Azienda _____ branca _____ periodo dal _____

5) di essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato/a tempo determinato (1), nella Regione Friuli-Venezia Giulia o in altra regione:

Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____
in forma attiva/in forma di disponibilità (1)

6) di essere/non essere (1) iscritto al corso di formazione in medicina generale o corsi di specializzazione di cui ai D.L.vi n. 256/91, n. 257/91, n. 368/99 e n. 277/03, fatto salvo quanto previsto dalle norme vigenti in materia;

7) di 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 decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:

Organismo

via _____ comune di _____ ore sett. _____
Tipo _____ di _____ attività

Tipo di rapporto di lavoro _____ Periodo dal _____

8) di operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in strutture sanitarie private non convenzionate o non accreditate, soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:

Organismo

via _____ comune di _____ ore sett. _____
Tipo _____ di _____ attività

Tipo di rapporto di lavoro _____ Periodo dal _____

9) di svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:

Azienda _____ ore 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:

Azienda _____ comune di _____ periodo dal _____

11) 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:

_____ periodo dal _____

12) di essere/non essere (1) titolare o partecipante di quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

13) di fruire/non fruire (1) 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
periodo dal _____

14) di svolgere/non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere: nessuna)

Periodo dal _____

15) di essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate, a tempo determinato/a tempo indeterminato (1):

Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____
Tipo _____ di _____ attività _____

periodo dal _____

16) di operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico (non considerare quanto eventualmente già dichiarato relativamente ai rapporti di cui ai precedenti numeri 1, 2, 3, 4, 5 e 15):

Soggetto pubblico _____
via _____ comune _____
Tipo _____ di _____ attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo dal _____

17) di essere/non essere (1) titolare di trattamento di pensione a carico di :

Periodo: dal _____

18) di fruire/non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita:

Soggetto erogante il trattamento di adeguamento _____

Periodo dal _____

NOTE _____

Il sottoscritto dichiara fin d'ora di accettare senza alcuna riserva tutte le condizioni fissate dall'Accordo collettivo nazionale per la disciplina normativa e per il trattamento economico dei medici pediatri di libera scelta del quale è ad integrale conoscenza.

Richiede che eventuali comunicazioni inerenti alla presente domanda siano inoltrate alla propria residenza / al seguente indirizzo (1):

comune _____ () CAP _____
via _____ Tel. _____ / _____
indirizzo e mail _____

In fede.

data _____

Firma _____

(leggere l'avvertenza)

AVVERTENZA

A pena d'esclusione, è obbligatorio sottoscrivere la presente domanda ed unire alla stessa – se inviata per posta – copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore (Consiglio di Stato – V Sez. – Sentenze n. 5677/2003 e n. 7140/2004 e IV Sez. – Sentenza n. 2745/2005). In caso di presentazione della domanda presso il competente ufficio dell'Azienda per i servizi sanitari, la sottoscrizione avverrà in presenza del dipendente addetto, previa esibizione del suddetto documento di identità. **L'invio di una domanda priva della sottoscrizione e/o della fotocopia del documento d'identità comporta l'esclusione dalla graduatoria, in quanto trattasi di elementi indispensabili e, pertanto, la loro mancanza non può configurarsi quale mera irregolarità od omissione formale sanabile.**

Qualora il medico alleggi alla domanda fotocopie di documenti deve produrre l'apposita dichiarazione di conformità agli originali ai sensi degli articoli 19 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, previste dall'art. 76 del D.P.R. innanzi citato, secondo lo schema di seguito riportato, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità:

- 1) Fotocopia prot. n. _____ del _____ descrizione _____
 - 2) Fotocopia prot. n. _____ del _____ descrizione _____
 - 3) Fotocopia prot. n. _____ del _____ descrizione _____
- Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità

NOTE

(1) Cancellare la parte che non interessa.

(2) Ai sensi dell'art. 33, comma 3, lettera b), dell'A.C.N. del 29.7.2009, verranno attribuiti 6 punti al pediatra residente, nello stesso ambito territoriale dichiarato carente e per il quale concorre, fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda d'inclusione nella graduatoria regionale (31.1.2009) e che tale requisito abbia mantenuto fino all'attribuzione dell'incarico.

(3) Ai sensi dell'art. 33, comma 3, lettera c), dell'A.C.N. del 29.7.2009, verranno attribuiti 10 punti al pediatra residente nella Regione Friuli Venezia Giulia da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda d'inclusione nella graduatoria regionale (31.1.2009) e che tale requisito abbia mantenuto fino all'attribuzione dell'incarico.

(4) Da compilare solo in caso affermativo.

N.B.: La presente domanda, ai sensi del disposto dell'art. 33, comma 13, dell'A.C.N. del 29.7.2009, dev'essere presentata nel termine perentorio di 15 giorni dalla pubblicazione sul B.U.R. dell'elenco delle zone carenti di medici pediatri di libera scelta.

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI (1)

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196 e in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo di quanto segue:

1. Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento, da parte di questa Amministrazione, della formazione della graduatoria per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di medici pediatri di libera scelta per graduatoria;
2. Il trattamento viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici;
3. Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, in caso di rifiuto, Lei non potrà essere inserito in detta graduatoria;
4. I dati personali che saranno pubblicati nel _____ riguarderanno _____ (2)
5. Alla S.V. spettano tutti i diritti di cui all'art. 7 del citato D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196;
6. Titolare del trattamento dei dati è _____

NOTE:

- (1) il presente facsimile è stato elaborato tenendo conto della informativa allegata all'A.C.N. del 29.7.2009;
- (2) indicare i dati oggetto di pubblicazione.

10_44_1_ADC_SAL PROT II PUBBLICAZIONE ZONE CARENTI PEDIATRIA_DOMANDA TRASFERIMENTO

**SCHEMA DI DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI
CARENTI DI MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA
(per trasferimento)
(comprensivo di dichiarazioni sostitutive)**

Bollo
€ 14,62

All'Azienda per i servizi sanitari

n. _____

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa _____ cod. fiscale _____

chiede

l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di medici pediatri di libera scelta, ai sensi dell'articolo 33, comma 2, lettere a) e a1), dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, del 29.7.2009, pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Friuli-Venezia Giulia n. _____ dd. _____, e segnatamente per i seguenti ambiti:

- | | |
|-----------------|------------------|
| 1) Ambito _____ | 6) Ambito _____ |
| 2) Ambito _____ | 7) Ambito _____ |
| 3) Ambito _____ | 8) Ambito _____ |
| 4) Ambito _____ | 9) Ambito _____ |
| 5) Ambito _____ | 10) Ambito _____ |

A tal fine, il sottoscritto, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e successive modifiche, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, del D.P.R. innanzi citato, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 del D.P.R. n. 445/2000 cit.), **dichiara** quanto segue:

-di essere nato/a a _____ prov. (____) in data _____

-di risiedere a _____ prov. (____) CAP _____

via _____ tel: ____/____

indirizzo e mail _____

dichiara inoltre

-di essere attualmente iscritto negli elenchi dei medici pediatri di libera scelta della Regione _____ A.S.S. _____ ambito territoriale _____ dal _____ (2)(3)

-di essere/non essere (1) stato iscritto, precedentemente al periodo sopraindicato, negli elenchi dei medici pediatri di libera scelta della Regione _____

A.S.S. _____ ambito territoriale _____

dal _____ al _____ (3)

A.S.S. _____ ambito territoriale _____

dal _____ al _____ (3)

-di essere/non essere (1) stato sospeso dall'attività di pediatria di libera scelta, ai sensi dell'art. 18, comma 1, lettera a) e comma 3, lettera b), dell'A.C.N. del 29.7.2009 nei seguenti periodi:

dal _____ al _____

dal _____ al _____

-di avere/non avere (1) presentato domanda ad altre A.S.S., per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti (4)

Azienda n. _____

Azienda n. _____

Azienda n. _____

Azienda n. _____

Azienda n. _____

-di svolgere/non svolgere (1) altra attività a qualsiasi titolo

Il sottoscritto dichiara fin d'ora di accettare senza alcuna riserva tutte le condizioni fissate dall'Accordo collettivo nazionale per la disciplina normativa e per il trattamento economico dei medici pediatri di libera scelta del quale è ad integrale conoscenza.

Richiede che eventuali comunicazioni, inerenti alla presente domanda, siano inoltrate alla propria residenza / al seguente indirizzo (1):

comune _____ () CAP _____

via _____ Tel. _____ / _____

indirizzo e mail _____

In fede.

data _____

Firma _____

(leggere l'avvertenza)

AVVERTENZA

A pena d'esclusione, è obbligatorio sottoscrivere la presente domanda ed unire alla stessa – se inviata per posta – copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore (Consiglio di Stato – V Sez. – Sentenze n. 5677/2003 e n. 7140/2004 e IV Sez. – Sentenza n. 2745/2005). In caso di presentazione della domanda presso il competente ufficio dell'Azienda per i servizi sanitari, la sottoscrizione avverrà in presenza del dipendente addetto, previa esibizione del suddetto documento di identità. **L'invio di una domanda priva della sottoscrizione e/o della fotocopia del documento d'identità comporta l'esclusione dalla graduatoria, in quanto trattasi di elementi indispensabili e, pertanto, la loro mancanza non può configurarsi quale mera irregolarità od omissione formale sanabile.**

Qualora il medico allegghi alla domanda fotocopie di documenti deve produrre l'apposita dichiarazione di conformità agli originali ai sensi degli articoli 19 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, previste dall'art. 76 del D.P.R. innanzi citato, secondo lo schema di seguito riportato, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità:

1) Fotocopia prot. n. _____ del _____ descrizione _____

2) Fotocopia prot. n. _____ del _____ descrizione _____

3) Fotocopia prot. n. _____ del _____ descrizione _____

Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità

NOTE

- (1) Cancellare la parte che non interessa
- (2) Il trasferimento è possibile per il pediatra che risulti già iscritto negli elenchi dei pediatri convenzionati della regione Friuli Venezia Giulia (art. 33, comma 2, lettera a), dell'A.C.N. del 29.7.2009) o di altra regione (art. 33, comma 2, lettera a1) dell'A.C.N. del 29.7.2009), rispettivamente, da almeno tre anni e cinque anni.
- (3) Ai sensi dell'art. 33, comma 6, dell'A.C.N. del 29.7.2009, le Aziende per i servizi sanitari interpellano prioritariamente i pediatri di cui al comma 2, lettera a), e successivamente i pediatri di cui al comma 2 lettera a1). Ai sensi dell'art. 33, comma 7, del medesimo A.C.N., l'anzianità di iscrizione negli elenchi a valere per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti ai sensi del comma 2, lettere a) e a1) è determinata dall'anzianità complessiva di iscrizione negli elenchi della pediatria di famiglia, detratti i periodi di eventuale cessazione dell'incarico.
- (4) Ove l'interessato abbia presentato domanda ad altre A.S.S., indicare quali.

N.B.: La presente domanda, ai sensi del disposto dell'art. 33, comma 13, dell'A.C.N. del 29.7.2009, dev'essere presentata nel termine perentorio di 15 giorni dalla pubblicazione sul B.U.R. dell'elenco delle zone carenti di medici pediatri di libera scelta.

**INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DI DATI
PERSONALI (1)**

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196 e in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo di quanto segue:

1. Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali da Lei forniti è diretto esclusivamente all'espletamento, da parte di questa Amministrazione, della formazione della graduatoria per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di medici pediatri di libera scelta a trasferimento;
2. Il trattamento viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici;
3. Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, in caso di rifiuto, Lei non potrà essere inserito in detta graduatoria;
4. I dati personali che saranno pubblicati nel _____ riguarderanno _____ (2)
5. Alla S.V. spettano tutti i diritti di cui all'art. 7 del citato D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196;
6. Titolare del trattamento dei dati è _____

NOTE:

- (1) il presente facsimile è stato elaborato tenendo conto della informativa allegata all'A.C.N. del 29.7.2009;
- (2) indicare i dati oggetto di pubblicazione.

10_44_1_ADC_SAL PROT II PUBBLICAZIONE ZONE CARENTI PEDIATRIA_DOMANDA GRADUATORIA

SCHEMA DI DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI
CARENTI DI MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA
(per graduatoria)
(comprensivo di dichiarazioni sostitutive)

Bollo
€ 14,62

All'Azienda per i servizi sanitari

n. _____

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa _____ cod. fiscale _____
iscritto nella graduatoria regionale dei medici pediatri di libera scelta della Regione Friuli Venezia
Giulia, valevole per l'anno 2010,

chiede

l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di medici pediatri di libera scelta, ai sensi
dell'articolo 33, comma 2, lettera b), dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti
con i medici pediatri di libera scelta, del 29.7.2009, pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione
Friuli Venezia Giulia n. _____ dd. _____, e segnatamente per i seguenti ambiti:

1) Ambito _____

6) Ambito _____

2) Ambito _____

7) Ambito _____

3) Ambito _____

8) Ambito _____

4) Ambito _____

9) Ambito _____

5) Ambito _____

10) Ambito _____

Il sottoscritto, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R.
28.12.2000, n. 445, e successive modifiche, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76,
del D.P.R. innanzi citato, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, nonché
della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di
dichiarazioni non veritiere (art. 75 del D.P.R. n. 445/2000 cit.), **dichiara** quanto segue:

-di essere nato/a a _____ prov. (____) in data _____

-di risiedere a _____ prov. (____) CAP _____

via _____ tel: ____/____

indirizzo e mail _____

dal _____(2)

-di essere/non essere (1) residente nella Regione Friuli Venezia Giulia (3) e precisamente dal
_____ (4), località di residenza _____ (4)

dichiara inoltre

1) di essere/non essere (1) titolare di un 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 di _____

tipo di rapporto di lavoro _____

periodo: dal _____;

2) di essere /non essere (1) titolare di un incarico come medico di medicina generale di assistenza primaria ai sensi dell'A.C.N. del 29.7.2009, con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____

3) di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato/a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno:

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____
 Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

4) di essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti accreditati (ex convenzionati esterni)

Azienda _____ branca _____ periodo dal _____

5) di essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato/a tempo determinato (1), nella Regione Friuli-Venezia Giulia o in altra regione:

Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____
 in forma attiva/in forma di disponibilità (1)

6) di essere/non essere (1) iscritto al corso di formazione in medicina generale o corsi di specializzazione di cui ai D.L.vi n. 256/91, n. 257/91, n. 368/99 e n. 277/03, fatto salvo quanto previsto dalle norme vigenti in materia;

7) di 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 decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:

Organismo

via _____ comune di _____ ore sett. _____
 Tipo _____ di _____ attività

Tipo di rapporto di lavoro _____ Periodo dal _____

8) di operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in strutture sanitarie private non convenzionate o non accreditate, soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:

Organismo

via _____ comune di _____ ore sett. _____
 Tipo _____ di _____ attività

Tipo di rapporto di lavoro _____ Periodo dal _____

9) di svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:

Azienda _____ ore 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:

Azienda _____ comune di _____ periodo dal _____

11) 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:

_____ periodo dal _____

12) di essere/non essere (1) titolare o partecipante di quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

13) di fruire/non fruire (1) 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
periodo dal _____

14) di svolgere/non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere: nessuna)

Periodo dal _____

15) di essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate, a tempo determinato/a tempo indeterminato (1):

Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____
Tipo _____ di _____ attività _____

periodo dal _____

16) di operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico (non considerare quanto eventualmente già dichiarato relativamente ai rapporti di cui ai precedenti numeri 1, 2, 3, 4, 5 e 15):

Soggetto pubblico _____
via _____ comune _____
Tipo _____ di _____ attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo dal _____

17) di essere/non essere (1) titolare di trattamento di pensione a carico di :

Periodo: dal _____

18) di fruire/non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita:

Soggetto erogante il trattamento di adeguamento _____

Periodo dal _____

NOTE _____

Il sottoscritto dichiara fin d'ora di accettare senza alcuna riserva tutte le condizioni fissate dall'Accordo collettivo nazionale per la disciplina normativa e per il trattamento economico dei medici pediatri di libera scelta del quale è ad integrale conoscenza.

Richiede che eventuali comunicazioni inerenti alla presente domanda siano inoltrate alla propria residenza / al seguente indirizzo (1):

comune _____ () CAP _____
via _____ Tel. _____ / _____
indirizzo e mail _____

In fede.

data _____

Firma _____

(leggere l'avvertenza)

AVVERTENZA

A pena d'esclusione, è obbligatorio sottoscrivere la presente domanda ed unire alla stessa – se inviata per posta – copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore (Consiglio di Stato – V Sez. – Sentenze n. 5677/2003 e n. 7140/2004 e IV Sez. – Sentenza n. 2745/2005). In caso di presentazione della domanda presso il competente ufficio dell'Azienda per i servizi sanitari, la sottoscrizione avverrà in presenza del dipendente addetto, previa esibizione del suddetto documento di identità. **L'invio di una domanda priva della sottoscrizione e/o della fotocopia del documento d'identità comporta l'esclusione dalla graduatoria, in quanto trattasi di elementi indispensabili e, pertanto, la loro mancanza non può configurarsi quale mera irregolarità od omissione formale sanabile.**

Qualora il medico alleggi alla domanda fotocopie di documenti deve produrre l'apposita dichiarazione di conformità agli originali ai sensi degli articoli 19 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, previste dall'art. 76 del D.P.R. innanzi citato, secondo lo schema di seguito riportato, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità:

- 1) Fotocopia prot. n. _____ del _____ descrizione _____
- 2) Fotocopia prot. n. _____ del _____ descrizione _____
- 3) Fotocopia prot. n. _____ del _____ descrizione _____

Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità

NOTE

(1) Cancellare la parte che non interessa.

(2) Ai sensi dell'art. 33, comma 3, lettera b), dell'A.C.N. del 29.7.2009, verranno attribuiti 6 punti al pediatra residente, nello stesso ambito territoriale dichiarato carente e per il quale concorre, fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda d'inclusione nella graduatoria regionale (31.1.2009) e che tale requisito abbia mantenuto fino all'attribuzione dell'incarico.

(3) Ai sensi dell'art. 33, comma 3, lettera c), dell'A.C.N. del 29.7.2009, verranno attribuiti 10 punti al pediatra residente nella Regione Friuli Venezia Giulia da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda d'inclusione nella graduatoria regionale (31.1.2009) e che tale requisito abbia mantenuto fino all'attribuzione dell'incarico.

(4) Da compilare solo in caso affermativo.

N.B.: La presente domanda, ai sensi del disposto dell'art. 33, comma 13, dell'A.C.N. del 29.7.2009, dev'essere presentata nel termine perentorio di 15 giorni dalla pubblicazione sul B.U.R. dell'elenco delle zone carenti di medici pediatri di libera scelta.

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI (1)

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196 e in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo di quanto segue:

1. Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento, da parte di questa Amministrazione, della formazione della graduatoria per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di medici pediatri di libera scelta per graduatoria;
2. Il trattamento viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici;
3. Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, in caso di rifiuto, Lei non potrà essere inserito in detta graduatoria;
4. I dati personali che saranno pubblicati nel _____ riguarderanno _____ (2)
5. Alla S.V. spettano tutti i diritti di cui all'art. 7 del citato D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196;
6. Titolare del trattamento dei dati è _____

NOTE:

- (1) il presente facsimile è stato elaborato tenendo conto della informativa allegata all'A.C.N. del 29.7.2009;
- (2) indicare i dati oggetto di pubblicazione.

10_44_1_ADC_SAL PROT II PUBBLICAZIONE ZONE CARENTI PEDIATRIA_DOMANDA TRASFERIMENTO

**SCHEMA DI DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI
CARENTI DI MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA
(per trasferimento)
(comprensivo di dichiarazioni sostitutive)**

Bollo
€ 14,62

All'Azienda per i servizi sanitari

n. _____

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa _____ cod. fiscale _____

chiede

l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di medici pediatri di libera scelta, ai sensi dell'articolo 33, comma 2, lettere a) e a1), dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, del 29.7.2009, pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Friuli-Venezia Giulia n. _____ dd. _____, e segnatamente per i seguenti ambiti:

- | | |
|-----------------|------------------|
| 1) Ambito _____ | 6) Ambito _____ |
| 2) Ambito _____ | 7) Ambito _____ |
| 3) Ambito _____ | 8) Ambito _____ |
| 4) Ambito _____ | 9) Ambito _____ |
| 5) Ambito _____ | 10) Ambito _____ |

A tal fine, il sottoscritto, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e successive modifiche, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, del D.P.R. innanzi citato, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 del D.P.R. n. 445/2000 cit.), **dichiara** quanto segue:

-di essere nato/a a _____ prov. (____) in data _____

-di risiedere a _____ prov. (____) CAP _____

via _____ tel: ____/____

indirizzo e mail _____

dichiara inoltre

-di essere attualmente iscritto negli elenchi dei medici pediatri di libera scelta della Regione _____ A.S.S. _____ ambito territoriale _____ dal _____ (2)(3)

-di essere/non essere (1) stato iscritto, precedentemente al periodo sopraindicato, negli elenchi dei medici pediatri di libera scelta della Regione _____

A.S.S. _____ ambito territoriale _____

dal _____ al _____ (3)

A.S.S. _____ ambito territoriale _____

dal _____ al _____ (3)

-di essere/non essere (1) stato sospeso dall'attività di pediatria di libera scelta, ai sensi dell'art. 18, comma 1, lettera a) e comma 3, lettera b), dell'A.C.N. del 29.7.2009 nei seguenti periodi:

dal _____ al _____

dal _____ al _____

-di avere/non avere (1) presentato domanda ad altre A.S.S., per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti (4)

Azienda n. _____

Azienda n. _____

Azienda n. _____

Azienda n. _____

Azienda n. _____

-di svolgere/non svolgere (1) altra attività a qualsiasi titolo

Il sottoscritto dichiara fin d'ora di accettare senza alcuna riserva tutte le condizioni fissate dall'Accordo collettivo nazionale per la disciplina normativa e per il trattamento economico dei medici pediatri di libera scelta del quale è ad integrale conoscenza.

Richiede che eventuali comunicazioni, inerenti alla presente domanda, siano inoltrate alla propria residenza / al seguente indirizzo (1):

comune _____ () CAP _____

via _____ Tel. _____ / _____

indirizzo e mail _____

In fede.

data _____

Firma _____

(leggere l'avvertenza)

AVVERTENZA

A pena d'esclusione, è obbligatorio sottoscrivere la presente domanda ed unire alla stessa – se inviata per posta – copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore (Consiglio di Stato – V Sez. – Sentenze n. 5677/2003 e n. 7140/2004 e IV Sez. – Sentenza n. 2745/2005). In caso di presentazione della domanda presso il competente ufficio dell'Azienda per i servizi sanitari, la sottoscrizione avverrà in presenza del dipendente addetto, previa esibizione del suddetto documento di identità. **L'invio di una domanda priva della sottoscrizione e/o della fotocopia del documento d'identità comporta l'esclusione dalla graduatoria, in quanto trattasi di elementi indispensabili e, pertanto, la loro mancanza non può configurarsi quale mera irregolarità od omissione formale sanabile.**

Qualora il medico allegghi alla domanda fotocopie di documenti deve produrre l'apposita dichiarazione di conformità agli originali ai sensi degli articoli 19 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, previste dall'art. 76 del D.P.R. innanzi citato, secondo lo schema di seguito riportato, unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità:

1) Fotocopia prot. n. _____ del _____ descrizione _____

2) Fotocopia prot. n. _____ del _____ descrizione _____

3) Fotocopia prot. n. _____ del _____ descrizione _____

Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità

NOTE

- (1) Cancellare la parte che non interessa
- (2) Il trasferimento è possibile per il pediatra che risulti già iscritto negli elenchi dei pediatri convenzionati della regione Friuli Venezia Giulia (art. 33, comma 2, lettera a), dell'A.C.N. del 29.7.2009) o di altra regione (art. 33, comma 2, lettera a1) dell'A.C.N. del 29.7.2009), rispettivamente, da almeno tre anni e cinque anni.
- (3) Ai sensi dell'art. 33, comma 6, dell'A.C.N. del 29.7.2009, le Aziende per i servizi sanitari interpellano prioritariamente i pediatri di cui al comma 2, lettera a), e successivamente i pediatri di cui al comma 2 lettera a1). Ai sensi dell'art. 33, comma 7, del medesimo A.C.N., l'anzianità di iscrizione negli elenchi a valere per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti ai sensi del comma 2, lettere a) e a1) è determinata dall'anzianità complessiva di iscrizione negli elenchi della pediatria di famiglia, detratti i periodi di eventuale cessazione dell'incarico.
- (4) Ove l'interessato abbia presentato domanda ad altre A.S.S., indicare quali.

N.B.: La presente domanda, ai sensi del disposto dell'art. 33, comma 13, dell'A.C.N. del 29.7.2009, dev'essere presentata nel termine perentorio di 15 giorni dalla pubblicazione sul B.U.R. dell'elenco delle zone carenti di medici pediatri di libera scelta.

**INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DI DATI
PERSONALI (1)**

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196 e in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo di quanto segue:

1. Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali da Lei forniti è diretto esclusivamente all'espletamento, da parte di questa Amministrazione, della formazione della graduatoria per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di medici pediatri di libera scelta a trasferimento;
2. Il trattamento viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici;
3. Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, in caso di rifiuto, Lei non potrà essere inserito in detta graduatoria;
4. I dati personali che saranno pubblicati nel _____ riguarderanno _____ (2)
5. Alla S.V. spettano tutti i diritti di cui all'art. 7 del citato D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196;
6. Titolare del trattamento dei dati è _____

NOTE:

- (1) il presente facsimile è stato elaborato tenendo conto della informativa allegata all'A.C.N. del 29.7.2009;
- (2) indicare i dati oggetto di pubblicazione.