

REGIONE LIGURIA
Dipartimento Salute e Servizi Sociali
Settore Affari Giuridici e Politiche del Personale

Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del Decreto Legislativo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, recepito con Atto d'Intesa Stato-Regioni del 29 luglio 2009.

ZONE CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA

Rilevate al 1° settembre 2010

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 34 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del Decreto Legislativo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, recepito con Atto d'Intesa Stato-Regioni del 29 luglio 2009, si pubblicano le zone carenti di assistenza primaria individuate dalle Aziende U.U.S.S.L.L. della Regione Liguria:

AZIENDA U.S.L.	ZONE CARENTI	MEDICI MEDICINA GENERALE DA INSERIRE
1 Imperiese	Ambito 2 Sanremese – Comune di Ceriana Ambito 2 Sanremese – Comune di Taggia	1 1
2 Savonese	nessuna carenza	
3 Genovese	Ambito 1: Comune di Arenzano Ambito 4: Comune di Lumarzo	1 1
4 Chiavarese	Ambito/Distretto 15: Comune di Orero	1
5 Spezzino	Ambito 3/Distretto 17: comune di Sesta Godano	1

Gli aspiranti al conferimento degli incarichi, **entro 15 (quindici) giorni** dalla pubblicazione del presente elenco, devono presentare o spedire a mezzo raccomandata apposta domanda di assegnazione di incarico per uno o più ambiti territoriali carenti, per graduatoria o per trasferimento, in conformità allo schema di cui agli allegati Q o Q/3 del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di Medicina Generale.

In allegato alla domanda gli aspiranti devono inoltre presentare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio, redatta secondo lo schema di cui all'allegato L dello stesso Accordo Collettivo Nazionale, riportante se alla data di presentazione della domanda abbiano in atto rapporti di lavoro dipendente, anche a titolo precario, trattamenti di pensione o se si trovino in posizione di incompatibilità. La situazione di incompatibilità deve cessare nei termini di cui all'articolo 17 comma 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale.

La domanda e la dichiarazione allegata devono essere presentate o spedite a mezzo raccomandata all'Azienda U.S.L. n. 3 "Genovese" - Dipartimento Cure Primarie – U.O. Assistenza Distrettuale – Ufficio Unificato Medicina Generale e Pediatria - Via Bertani, 4 - 16125 Genova, presso la quale è stato istituito, con deliberazione della Giunta regionale n. 2140 del 12.6.1997, un ufficio unico a livello regionale che procederà alla individuazione degli aventi diritto ed alla assegnazione delle zone carenti di assistenza primaria.

Si ricorda che, ai sensi del vigente Accordo Collettivo Nazionale, i medici già convenzionati per tale tipo di incarico possono concorrere al conferimento di quelli banditi **solo per trasferimento** e non per graduatoria, alle condizioni previste dall'art. 34 comma 2 lettera a).

REGIONE LIGURIA
Dipartimento Salute e Servizi Sociali
Settore Affari Giuridici e Politiche del Personale

Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del Decreto Legislativo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, recepito con Atto d'Intesa Stato-Regioni del 29 luglio 2009.

INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Rilevati al 1° settembre 2010

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 63 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del Decreto Legislativo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, recepito con Atto d'Intesa Stato-Regioni del 29 luglio 2009, si pubblicano gli incarichi vacanti di continuità assistenziale individuati dalle Aziende UU.SS.LL. della Regione Liguria:

AZIENDA U.S.L.	INCARICHI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
1 Imperiese	n. 24 incarichi di 24 ore settimanali pari a 576 ore
2 Savonese	n. 22 incarichi di 24 ore settimanali pari a 528 ore
3 Genovese	n. 22 incarichi di 24 ore settimanali
4 Chiavarese	n. 14 incarichi di 24 ore settimanali
5 Spezzino	n. 4 incarichi di 24 ore settimanali

Gli aspiranti al conferimento degli incarichi, **entro 15 (quindici) giorni** dalla pubblicazione del presente elenco, devono presentare o spedire, a mezzo raccomandata, apposita domanda di assegnazione di uno o più degli incarichi vacanti pubblicati, per graduatoria o per trasferimento, in conformità allo schema allegato Q/1 o Q/4 del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di Medicina Generale.

Le domande dovranno pervenire all'Azienda U.S.L. n. 3 "Genovese" - Dipartimento Cure Primarie - U.O. Assistenza Distrettuale - Ufficio Unificato Medicina Generale e Pediatria - Via Bertani, 4 - 16125 Genova, presso la quale è stato istituito, con deliberazione della Giunta Regionale n. 2140 del 12.6.1997, un ufficio unico a livello regionale che procederà alla individuazione degli aventi diritto alla assegnazione degli incarichi vacanti.

In allegato alla domanda gli aspiranti devono inoltre compilare la dichiarazione sostitutiva di atto notorio, redatta secondo lo schema allegato L dello stesso Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale, attestante se alla data di presentazione della domanda abbiano in atto rapporti di lavoro dipendente, anche a titolo precario, trattamenti di pensione, o se si trovino in posizione di incompatibilità. La situazione di incompatibilità deve cessare nei termini di cui all'articolo 17 comma 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale.

Si ricorda che, ai sensi del vigente Accordo Collettivo Nazionale, i medici già convenzionati per tale tipo di incarico possono concorrere al conferimento di quelli banditi **solo per trasferimento** e non per graduatoria, alle condizioni previste dall'art. 63 comma 2 lettera a).

REGIONE LIGURIA
Dipartimento Salute e Servizi Sociali
Settore Affari Giuridici e Politiche del Personale

Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del Decreto Legislativo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, recepito con Atto d'Intesa Stato-Regioni 29 luglio 2009.

INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

Rilevati al 1° settembre 2010

Ai sensi e per gli effetti dell'art.92 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del Decreto Legislativo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, recepito con Atto d'Intesa Stato-Regioni del 29 luglio 2009, si comunicano gli incarichi vacanti di emergenza territoriale individuati dalle Aziende UU.SS.LL. e dalla A.O. San Martino della Regione Liguria.

Gli aspiranti devono essere in possesso dell'attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione.

AZIENDA U.S.L.	EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
1 Imperiese	ore 254 corrispondenti a n. 7 medici
2 Savonese	Nessuna carenza
3 Genovese	Nessuna carenza
4 Chiavarese	n. 2 incarichi di 38 ore settimanali
5 Spezzino	Nessuna carenza
A.O. Ospedale San Martino	n. 6 incarichi di 38 ore settimanali

Gli aspiranti al conferimento degli incarichi, **entro 15 (quindici) giorni** dalla pubblicazione del presente elenco, devono presentare o spedire a mezzo raccomandata indirizzata direttamente all'Azienda competente domanda di assegnazione degli incarichi vacanti pubblicati, per graduatoria o per trasferimento, in conformità allo schema di cui agli allegati Q/2 o Q/5 dell'Accordo Collettivo Nazionale, ai seguenti indirizzi:

- ◆ ASL 1 Imperiese – S.C. Monitoraggio Attività Distrettuali – Ufficio Medicina Convenzionata – Via Aurelia, 97 – 18032 Bussana di Sanremo (IM)
- ◆ ASL 2 Savonese – Dipartimento Cure Primarie ed Attività Distrettuali - S.C. Medicina di Base e Specialistica – Via Collodi, 13 – 17100 SAVONA
- ◆ ASL 3 Genovese – Dipartimento delle Cure Primarie e Attività Distrettuali – S.C. Cure Primarie - Via Bertani, 4 – 16125 GENOVA
- ◆ ASL 4 Chiavarese – Dipartimento Cure Primarie Distrettuali – S.C. Organizzazione Servizi Sanitari di Base – Via G.B. Ghio, 9 – 16043 CHIAVARI (GE)
- ◆ ASL 5 Spezzino – S.C. Gestione Risorse Umane – Ufficio Convenzioni Uniche Nazionali - Via XXIV Maggio, 139 – 19124 LA SPEZIA
- ◆ A.O. Ospedale San Martino e Cliniche Universitarie Convenzionate – U.O. Risorse Umane - Largo R. Benzi, 10 – 16142 GENOVA.

In allegato alla domanda gli aspiranti devono presentare la dichiarazione sostitutiva di atto notorio, redatta secondo lo schema allegato L dell'Accordo Collettivo Nazionale, attestante se alla data di presentazione della domanda abbiano in atto rapporti di lavoro dipendente, anche a titolo precario, trattamenti di pensione, o se si trovino in posizione di incompatibilità. L'eventuale situazione di incompatibilità deve cessare nei termini di cui all'articolo 17 comma 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale.

Si ricorda che, ai sensi del vigente Accordo Collettivo Nazionale, i medici già convenzionati per tale tipo di incarico possono concorrere al conferimento di quelli banditi **solo per trasferimento** e non per graduatoria, alle condizioni previste dall'art. 92 comma 5 lettera a).

REGIONE LIGURIA
Dipartimento Salute e Servizi Sociali
Settore Affari Giuridici e Politiche del Personale

Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta ai sensi dell'art. 8 del Decreto Legislativo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, recepito con atto d'Intesa Stato - Regioni del 29 luglio 2009.

ZONE CARENTI DI ASSISTENZA PEDIATRICA

Rilevate al 1° settembre 2010

Ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dall'art. 33 comma 1 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Pediatri di libera scelta e dal vigente Accordo Integrativo Regionale, si comunicano le zone carenti di assistenza pediatrica individuate dalle Aziende UU.SS.LL. della Regione Liguria:

AZIENDA U.S.L.	ZONE CARENTI	MEDICI PEDIATRI DA INSERIRE
1 Imperiese	Nessuna carenza	
2 Savonese	Distretto 3: Comune di Cairo Montenotte	1
3 Genovese	Ambito 2: Comune di Genova (Struppa - Municipio IV Media Val Bisagno)	1
	Ambito 2: Comune di Genova (Albaro - Municipio VIII Medio Levante)	1
	Ambito 2: Comune di Genova (Quarto - Municipio IX Levante)	1
4 Chiavarese	Ambito/Distretto 16 - Comune di Casarza Ligure	1
5 Spezzino	Nessuna carenza	

Gli aspiranti al conferimento degli incarichi, **entro 15 (quindici) giorni** dalla pubblicazione del presente elenco, dovranno presentare o spedire a mezzo raccomandata separate domande all'indirizzo dell'Azienda competente:

- ◆ ASL 1 Imperiese -- S.C. Monitoraggio Attività Distrettuali - Ufficio Medicina Convenzionata - Via Aurelia, 97 - 18032 Bussana di Sanremo (IM)
- ◆ ASL 2 Savonese - Dipartimento Cure Primarie ed Attività Distrettuali - S.C. Medicina di Base e Specialistica - Via Collodi, 13 - 17100 SAVONA
- ◆ ASL 3 Genovese - Dipartimento delle Cure Primarie e Attività Distrettuali - S.C. Cure Primarie - Via Bertani, 4 - 16125 GENOVA
- ◆ ASL 4 Chiavarese - Dipartimento Cure Primarie - S.C. Organizzazione Servizi Sanitari di Base - Via G.B. Ghio, 9 - 16043 CHIAVARI (GE)
- ◆ ASL 5 Spezzino - S.C. Gestione Risorse Umane - Ufficio Convenzioni Uniche Nazionali - Via XXIV Maggio, 139 - 19124 LA SPEZIA.

Alla domanda deve essere allegata la dichiarazione informativa di cui all'allegato I) dell'Accordo Collettivo Nazionale.

Si ricorda che, ai sensi del vigente Accordo Collettivo Nazionale, i medici già convenzionati per tale tipo di incarico possono concorrere al conferimento di quelli banditi **solo per trasferimento** e non per graduatoria, alle condizioni previste dall'art. 33 comma 2 lettera a) o lettera a1).

**Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i
Medici Pediatri di Libera Scelta del 29 luglio 2009
DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI
TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PEDIATRICA
(per graduatoria)**

RACCOMANDATA

Spett.le

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ prov. _____
il _____ M F codice fiscale _____ residente a _____
prov. _____ Via _____ n. _____ cap _____
tel/cell _____ a far data dal _____
A.S.L. di residenza _____, e residente nel territorio della Regione _____
dal _____, inserito nella graduatoria regionale di cui all'articolo 15 dell'Accordo Collettivo
Nazionale per la pediatria di libera scelta, laureato il _____ con voto _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 33 comma 2 lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la
medicina pediatrica, di assegnazione degli ambiti territoriali per l'assistenza pediatrica pubblicati
sul Bollettino Ufficiale della Regione Liguria n. _____ del _____ e segnatamente per
i seguenti ambiti:

Ambito		ASL	
Ambito		ASL	
Ambito		ASL	
Ambito		ASL	
Ambito		ASL	
Ambito		ASL	
Ambito		ASL	

Allega alla presente domanda:

- . certificato storico di residenza
- . autocertificazione (corredata da fotocopia di valido documento di identità)
- . dichiarazione informativa (all. I dell'Accordo Collettivo Nazionale)

Chiede che ogni comunicazione in merito venga inviata presso:

la propria residenza

il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ cap _____
provincia _____ indirizzo _____ n. _____

Data _____ firma per esteso _____ (1)

(1) Ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/2000, l'istanza da produrre agli organi della P.A. è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica di valido documento di identità.

**Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i
Medici Pediatri di Libera scelta del 29 luglio 2009
DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI
TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PEDIATRICA
(per trasferimento)**

RACCOMANDATA

Spett.le

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ prov. _____
il _____ M F codice fiscale _____ residente a _____
prov. _____ Via _____ n. _____ cap _____
tel/cell _____ a far data dal _____, e residente
nel territorio della Regione _____ dal _____, titolare di incarico
a tempo indeterminato per l'assistenza pediatrica presso l'Azienda Sanitaria Locale n. _____ di
_____ per l'ambito territoriale di _____ della
Regione _____, dal _____ e con anzianità complessiva di assistenza
pediatrica pari a mesi _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'articolo 33 comma 2 lettera a) o lettera a1) dell'Accordo
collettivo nazionale per la medicina pediatrica, per l'assegnazione degli ambiti territoriali per
l'assistenza pediatrica pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Liguria n. _____ del
_____ e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito		ASL	
Ambito		ASL	
Ambito		ASL	
Ambito		ASL	
Ambito		ASL	

Allega alla presente domanda:

certificazione o autocertificazione (corredata da fotocopia di valido documento di identità) atta a
comprovare il diritto a concorrere ai sensi dell'art. 33 comma 2 lettera a) o lettera a1)
dell'Accordo Collettivo Nazionale e l'anzianità complessiva di incarico in assistenza pediatrica
dichiarazione informativa (all. I dell'Accordo Collettivo Nazionale) :

allegati n. _____ (_____) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

 la propria residenza il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ cap _____
provincia _____ indirizzo _____ n. _____

Data _____ firma per esteso _____ (1)

(1) Ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/2000, l'istanza da produrre agli organi della P.A. è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica di valido documento di identità.

**Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con
i Medici Pediatri di Libera Scelta**

Allegato I

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

Il sottoscritto Dott. _____
nato a _____ il _____ residente in _____
Via/Piazza _____ n. _____ iscritto all'Albo
dei _____ della Provincia di _____
ai sensi e per gli effetti degli articoli 47 e 48 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445

attesta

di essere/non essere (1) titolare di incarico, a tempo indeterminato, di pediatria di libera scelta ai
sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente con massimale di n. _____ scelte e con n.
_____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di
_____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

e

dichiara formalmente di:

1. essere/non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incarico o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2) :

Soggetto _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

2. essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di medicina generale ai sensi
dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale del 23/03/2005 con massimale di n.
_____ scelte

Periodo: dal _____

3. essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato/a tempo determinato (1) come
specialista ambulatoriale convenzionato (2) :

A.S.L. _____ branca _____ ore sett. _____

A.S.L. _____ branca _____ ore set. _____

A.S.L. _____ branca _____ ore set. _____

Periodo: dal _____

4. essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni (2):

Provincia _____ branca _____

Periodo: dal _____

5. essere/non essere titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella
emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato/a tempo determinato (1), nella Regione
_____ o in altra Regione (2):

Regione _____ A.S.L. _____ ore settimanali _____

in forma attiva-in forma di disponibilità (1)

Periodo: dal _____

6. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 della legge 833/78 (2):
Organismo _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____
7. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 della legge 833/78 (2):
Organismo _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____
8. svolgere/non svolgere funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della legge n. 626/93:
Azienda _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Periodo: dal _____
9. svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o della A.S.L. di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte (2):
A.S.L. _____ Comune di _____
Periodo: dal _____
10. fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:
Periodo : dal _____
11. svolgere/non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere: nessuna)

Periodo : dal _____
12. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi soggetto pubblico (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6):
Soggetto pubblico _____
Via _____ Comune _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

13. essere/non essere (1) titolare di trattamento di pensione a carico di (2):

Periodo: dal _____

14. fruire/non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita (2):

Soggetto erogante il trattamento di adeguamento: _____
Periodo: dal _____

NOTE: _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

data _____ firma _____ (3)

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE"

(3) Ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/2000, l'istanza da produrre agli organi della P.A. è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica di valido documento di identità.

**Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i
Medici di Medicina Generale del 29 luglio 2009
Allegato L
AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA**

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
il _____ residente in _____ Via _____
iscritto all'Albo dei _____ della Provincia di _____ ai sensi e per
ai sensi e per gli effetti degli articoli 47 e 48 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445:

dichiara formalmente di:

1) essere/non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):

Soggetto _____ ore settimanali _____
Via _____ Comune di _____
tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

2) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ presso l'Azienda _____

Periodo: dal _____

4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato/a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno:(2)

Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____
Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____
Azienda _____ branca _____ ore settimanali _____
Periodo: dal _____

5) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni (2):

Provincia _____ branca _____
periodo: dal _____

6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 8 comma 5 del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:

Azienda _____ Via _____
tipo di attività _____
Periodo: dal _____

7) essere/non essere (1) titolare di incarico nella continuità assistenziale o nell'emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato/a tempo determinato (1), nella Regione _____ o in altra Regione: (2)

Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____

in forma attiva/in forma di disponibilità (1)

Periodo: dal _____

8) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Legislativo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Legislativo n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al D. Lgs. 368/99:

Denominazione del corso : _____

Soggetto pubblico che lo svolge _____

Inizio: dal _____

9) 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 D. Lgs. 502/92 e successive modificazioni:(2)

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

10) operare/non operare a qualsiasi titolo in presidi, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'articolo 43 della legge 833/78 (2) :

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

11) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della legge n. 626/93:

Azienda _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

12) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)

Azienda _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

13) avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche : (2)

Periodo: dal _____

14) essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare (1) attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale:

15) fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo: dal _____

16) svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria 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 _____

17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi, a tempo determinato o a tempo indeterminato (1) (2) :

Azienda _____ Comune _____ ore settimanali _____

tipo di attività : _____

Periodo: dal _____

18) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7):

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune _____

tipo di attività _____

tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

19) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (2)

Periodo: dal _____

20) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15:(2)

soggetto erogante il trattamento pensionistico: _____

Pensionato dal _____

NOTE : _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

data _____ firma _____ (3)

(1) cancellare la parte che non interessa.

(2) completare con le notizie richieste. Qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE".

3) Ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/2000, l'istanza da produrre agli organi della P.A. è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica di valido documento di identità.

**Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i
Medici di Medicina Generale del 29 luglio 2009**

Allegato Q

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI
TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA**

(per graduatoria)

RACCOMANDATA

Spett.le

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ prov. _____
il _____ M F codice fiscale _____ residente a _____
prov. _____ Via _____ n. _____ cap _____
tel/cell _____ a far data dal _____ Azienda U.S.L.
di residenza _____, e residente nel territorio della Regione _____
dal _____, inserito nella graduatoria regionale di settore per l'assistenza primaria di cui
all'articolo 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, laureato dal
_____, con voto _____,

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2, lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la
medicina generale assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati
sul Bollettino Ufficiale della Regione n. _____ del _____ e segnatamente per i
seguenti ambiti :

Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'articolo 16, commi 7 e 8 dell'Accordo
Collettivo Nazionale per la Medicina generale, di poter accedere alla riserva di assegnazione, come
appresso indicato (barrare una sola casella; in caso di barratura di entrambe le caselle o mancata
indicazione della riserva prescelta, la domanda non potrà essere valutata):

- a) riserva per medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al
D. L.vo n. 256/91 o 277/2003 (articolo 16, comma 7, lettera a)
- b) riserva per medici in possesso del titolo equipollente (art.16, comma 7, lettera b)

Chiede che ogni comunicazione in merito venga inviata presso:

la propria residenza

il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ cap _____

provincia _____ indirizzo _____ n. _____

Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.

Data _____ firma per esteso _____ (1)

(1) Ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/2000, l'istanza da produrre agli organi della P.A. è sottoscritta dall'interessato in
presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica di valido documento di identità.

**Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i
Medici di Medicina Generale del 29 luglio 2009**

Allegato Q/1

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI
VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
(per graduatoria)**

RACCOMANDATA

Spett.le

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ prov. _____
il _____ M F codice fiscale _____ residente a _____
prov. _____ Via _____ n. _____ cap _____
tel/cell _____ a far data dal _____, Azienda U.S.L.
di residenza _____ e residente nel territorio della Regione _____ dal
_____, inserito nella graduatoria regionale di settore per la continuità assistenziale
cui all'art. 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale, laureato dal
_____, con voto _____,

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 2, lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la
medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati
sul Bollettino Ufficiale della Regione _____ n. ____ del _____ e segnatamente
per i seguenti incarichi:

Inc. n		ambito		ASL		Inc. n.		ambito		ASL	
Inc. n		ambito		ASL		Inc. n.		ambito		ASL	
Inc. n		ambito		ASL		Inc. n.		ambito		ASL	
Inc. n		ambito		ASL		Inc. n.		ambito		ASL	
Inc. n		ambito		ASL		Inc. n.		ambito		ASL	
Inc. n		ambito		ASL		Inc. n.		ambito		ASL	
Inc. n		ambito		ASL		Inc. n.		ambito		ASL	

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'articolo 16, comma 7 e comma 8
dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, di poter accedere alla riserva di
assegnazione, come appresso indicato (barrare una sola casella; in caso di barratura di entrambe le
caselle o mancata indicazione della riserva prescelta, la domanda non potrà essere valutata):

- a) riserva per medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al
D. L.vo n. 256/91 o 277/2003 (art. 16, comma 7, lettera a)
b) riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (art. 16, comma 7, lettera b).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga inviata presso:

la propria residenza

il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ cap _____
provincia _____ indirizzo _____ n. _____

Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione (corredata da fotocopia di
valido documento di identità) e dichiarazione sostitutiva (all. L).

Data _____ firma per esteso _____ (1)

(1) Ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/2000, l'istanza da produrre agli organi della P.A. è sottoscritta dall'interessato in
presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica di valido documento di identità.

**Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i
Medici di Medicina Generale del 29 luglio 2009**

Allegato Q/2

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(per graduatoria)**

RACCOMANDATA

Spett.le

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ prov. _____
il _____ M F codice fiscale _____ residente a _____
prov. _____ Via _____ n. _____ cap _____
tel/cell _____ a far data dal _____, Azienda U.S.L. di
residenza _____ e residente nel territorio della Regione _____ dal
_____, inserito nella graduatoria regionale di settore per l'Emergenza Sanitaria
Territoriale cui all'art. 15 del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale,
laureato dal _____, con voto _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'articolo 92 comma 5 lettera b) dell'accordo collettivo nazionale per la
medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza territoriale pubblicati sul
Bollettino Ufficiale della Regione Liguria n. _____ del _____ e segnatamente per i
seguenti incarichi:

Presidio		ASL		Presidio		ASL	
Presidio		ASL		Presidio		ASL	
Presidio		ASL		Presidio		ASL	
Presidio		ASL		Presidio		ASL	
Presidio		ASL		Presidio		ASL	
Presidio		ASL		Presidio		ASL	
Presidio		A.O.		Presidio		A.O.	

Il sottoscritto dichiara di essere titolare di continuità assistenziale presso l'Azienda
_____ della Regione _____.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga inviata presso:

la propria residenza

il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ cap _____
provincia _____ indirizzo _____ n. _____

Allega alla presente:

certificato storico di residenza o autocertificazione (corredata da fotocopia di valido documento di
identità) e dichiarazione sostitutiva (all. L).

Data _____ firma per esteso _____ (1)

(1) Ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/2000, l'istanza da produrre agli organi della P.A. è sottoscritta dall'interessato in
presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica di valido documento di identità.

**Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i
Medici di Medicina Generale del 29 luglio 2009**

Allegato Q/3

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI
TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA**

(per trasferimento)

RACCOMANDATA

Spett.le

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ prov. _____
il _____ M F codice fiscale _____ residente a _____
prov. _____ Via _____ n. _____ cap _____
tel/cell _____ a far data dal _____ e residente
nel territorio della Regione _____ dal _____, titolare di incarico
a tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso l'Azienda Sanitaria Locale n. _____ di
_____, per l'ambito territoriale di _____ della
Regione _____, dal _____ e con anzianità complessiva di assistenza
primaria pari a mesi _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'articolo 34, comma 2, lettera a) dell'Accordo collettivo nazionale per
la medicina generale, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria
pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione _____ n. _____ del
_____, e segnatamente per i seguenti ambiti :

Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a
comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'art. 34, comma 2
lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale e l'anzianità complessiva di
incarico in assistenza primaria:

allegati n. _____ (_____) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso :

la propria residenza

il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ cap _____

provincia _____ indirizzo _____ n. _____

Data _____

firma per esteso _____

(1) Ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/2000, l'istanza da produrre agli organi della P.A. è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica di valido documento di identità.

**Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i
Medici di Medicina Generale del 29 luglio 2009**

Allegato Q/4

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI
VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
(per trasferimento)**

RACCOMANDATA

Spett.le

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ prov. _____
il _____ M F codice fiscale _____ residente a

_____ prov. _____ Via _____ n. _____ cap _____
tel/cell _____ a far data dal _____, Azienda U.S.L. di
residenza _____, e residente nel territorio della Regione _____
dal _____, titolare di incarico a tempo indeterminato per la Continuità
Assistenziale presso l'Azienda n. _____ di _____ della Regione _____,
dal _____ e con anzianità complessiva di Continuità Assistenziale pari a mesi _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'articolo 63, comma 2 lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale di assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione _____ n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi :

Inc. n		ambito		ASL		Inc. n.		ambito		ASL	
Inc. n		ambito		ASL		Inc. n.		ambito		ASL	
Inc. n		ambito		ASL		Inc. n.		ambito		ASL	
Inc. n		ambito		ASL		Inc. n.		ambito		ASL	
Inc. n		ambito		ASL		Inc. n.		ambito		ASL	
Inc. n		ambito		ASL		Inc. n.		ambito		ASL	
Inc. n		ambito		ASL		Inc. n.		ambito		ASL	

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'articolo 49, comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale e l'anzianità complessiva di incarico in Continuità Assistenziale :

allegati n. _____ (_____) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

la propria residenza

il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ cap _____
provincia _____ indirizzo _____ n. _____

Data _____ firma per esteso _____ (1)

(1) Ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/2000, l'istanza da produrre agli organi della P.A. è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica di valido documento di identità.

**Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i
Medici di Medicina Generale del 29 luglio 2009**

Allegato Q/5

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(per trasferimento)**

RACCOMANDATA

Spett.le

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ prov. _____
il _____ M F codice fiscale _____ residente a _____ prov. _____
Via _____ n. _____ cap _____
tel/cell _____ a far data dal _____, Azienda U.S.L.
di residenza _____, e residente nel territorio della Regione _____ dal
_____, titolare di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria
territoriale presso l'Azienda n. _____ di _____ della Regione _____,
dal _____ e con anzianità complessiva di emergenza sanitaria pari a mesi _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'articolo 92 comma 5 lettera a) dell'Accordo collettivo nazionale per la
medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale
pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Liguria n. _____ del _____ e
segnatamente per i seguenti incarichi

Presidio		ASL		Presidio		ASL	
Presidio		ASL		Presidio		ASL	
Presidio		ASL		Presidio		ASL	
Presidio		ASL		Presidio		ASL	
Presidio		ASL		Presidio		ASL	
Presidio		ASL		Presidio		ASL	
Presidio		A.O.		Presidio		A.O.	

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva (corredate da
fotocopia di valido documento di identità) atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione
dell'incarico ai sensi dell'articolo 92 comma 5 lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la
medicina generale e l'anzianità complessiva di incarico in emergenza territoriale e dichiarazione
sostitutiva (all. L):

allegati n. _____ (_____) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

la propria residenza

il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ cap _____
provincia _____ indirizzo _____ n. _____

Data _____ firma per esteso _____ (1)

(1) Ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/2000, l'istanza da produrre agli organi della P.A. è sottoscritta dall'interessato in
presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica di valido documento di identità.