

**DECRETO DEL DIRETTORE GENERALE SETTORE URBANISTICA**  
**05.10.2007** **N. 322**

**Comune di Airole (IM) - Approvazione di variante all'art. 35 del R.E. concernente le sporgenze sulle facciate con l'introduzione dell'art. 63 ter per la disciplina degli impianti aeraulici.**

IL DIRETTORE GENERALE

omissis

DECRETA

1. E' approvata, a condizione dell'osservanza della prescrizione in premessa richiamata, la variante all'art. 35 del Regolamento Edilizio del Comune di Airole concernente le sporgenze sulle facciate, quale adottata con deliberazione consiliare n. 7 del 4.04.2007, con l'introduzione dell'art. 63 ter per la disciplina degli impianti aeraulici;
2. Il presente decreto sarà reso noto mediante pubblicazione, per estratto, sul Bollettino Ufficiale della Regione Liguria nonché mediante affissione, con il relativo allegato, all'Albo Pretorio del Comune di Airole a norma dell'art. 124 del D.Lgs 18.8.2000 n. 267 recante "Testo Unico delle leggi sull'ordinamento degli Enti locali".

IL DIRETTORE GENERALE

Franco Lorenzani

**REGIONE LIGURIA**  
**Dipartimento Salute e Servizi Sociali**  
**Settore Livelli di Assistenza Sanitaria Contratti e Convenzioni**

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 23 marzo 2005.

**ZONE CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA**

Rilevate al 1° settembre 2007

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 23 marzo 2005, si pubblicano le zone carenti di assistenza primaria individuate dalle Aziende UU.SS.LL. della Regione Liguria:

AZIENDA U.S.L.	ZONE CARENTI GENERALE DA INSERIRE	MEDICI MEDICINA
1	Nessuna carenza	0
2	Nessuna carenza	0
3	Nessuna carenza	0
4	Distretto n. 1 – nessuna carenza Distretto n. 2 – nessuna carenza Distretto n. 3 – nessuna carenza	0 0 0
5	Nessuna carenza	0

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 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 Pediatrica - 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 Livelli di Assistenza Sanitaria Contratti e Convenzioni**

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 23 marzo 2005.

**INCARICHI VACANTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

Rilevati al 1° settembre 2007

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 23 marzo 2005, si pubblicano gli incarichi vacanti di continuità assistenziale individuati dalle Aziende UU.SS.LL. della Regione Liguria:

AZIENDA U.S.L.	ORE CONTINUITA' ASSISTENZIALE
1	452
2	696 settimanali pari a 24 incarichi di 24 ore settimanali
3	n. 23 incarichi - 552 ore settimanali
4	n. 14 incarichi di 24 ore settimanali
5	Nessuna carenza

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 sche-

ma 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 Pediatrica - 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 Livelli di Assistenza Sanitaria Contratti e Convenzioni**

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 23 marzo 2005.

**INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**

**Rilevati al 1° settembre 2007**

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 23 marzo 2005, 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.	ORE EMERGENZA
1	444
2	266 ore settimanali pari a 7 incarichi di 38 ore settimanali
3	n. 1 incarico - 38 ore settimanali
4	n. 2 incarichi di 38 ore settimanali
5	Nessuna carenza
A.O. Ospedale San Martino	Nessuna carenza

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 – Servizio Affari del Personale – Via Aurelia, 97 – 18032 Bussana di Sanremo (IM)
- ASL 2 Savonese – U.O. Medicina di Base e Specialistica – Via Manzoni, 14 – 17100 SAVONA
- ASL 3 Genovese – Dipartimento delle Cure Primarie - U.O. Assistenza Distrettuale - Ufficio Unificato Medicina Generale e Pediatrica - Via Bertani, 4 – 16125 GENOVA
- ASL 4 Chiavarese – U.O. Assistenza Sanitaria di Base – Via G.B. Ghio, 9 – 16043 CHIAVARI (GE)
- ASL 5 Spezzino – U.O. Assistenza Sanitaria di Base – Via Fazio, 30 – 19121 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 inoltre 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 Livelli di Assistenza Sanitaria Contratti e Convenzioni

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 15 dicembre 2005.

### ZONE CARENTI DI ASSISTENZA PEDIATRICA

Rilevate al 1° settembre 2007

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	Nessuna carenza	0
2	Nessuna carenza	0
3	n. 1 Comune di Arenzano n. 1 Comune di Genova (Sampierdarena Municipio II Centro Ovest) n. 1 Comune di Genova (Pegli – Municipio VII Ponente)	3
4	Distretto n. 1: nessuna carenza Distretto n. 2: nessuna carenza Distretto n. 3: nessuna carenza	0 0 0
5	Nessuna carenza	0

Gli aspiranti al conferimento degli incarichi, entro 30 (trenta) giorni dalla pubblicazione del presente elenco, dovranno presentare o spedire a mezzo raccomandata separate domande all'indirizzo dell'Azienda competente:

ASL 1 Imperiese – U.O. Assistenza Sanitaria di Base e Specialistica – Via Aurelia, 97 – 18032 Bussana di Sanremo (IM)

ASL 2 Savonese – U.O. Medicina di Base e Specialistica – Via Manzoni, 14 – 17100 SAVONA

ASL 3 Genovese – U.O. Assistenza Sanitaria di Base e Specialistica – Via Bertani 4 – 16125 GENOVA

ASL 4 Chiavarese – UO Assistenza Sanitaria di Base e Specialistica – Via Ghio 9 – 16043 CHIAVARI (GE)

ASL 5 Spezzino – U.O. Assistenza Sanitaria di Base e Specialistica – Via Fazio 30 – 19121 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).

N.B. Le Aziende che per effetto del trasferimento di un medico pediatra si trovino a dover fronteggiare una carenza di assistenza almeno pari al rapporto ottimale, decorsi 60 giorni possono richiedere la pubblicazione straordinaria di una zona carente nell'ambito rimasto sprovvisto di assistenza.

**Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i  
Medici Pediatri di Libera Scelta del 15 dicembre 2005  
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 15 dicembre 2005  
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) 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) 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 23 marzo 2005**

**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 23 marzo 2005**

**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 23 marzo 2005**

**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 23 marzo 2005**

**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 23 marzo 2005**

**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 23 marzo 2005**

**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 23 marzo 2005**

**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.