

ALLEGATO 1

Modello di domanda per il conferimento di incarico provvisorio di

MEDICO di MEDICINA GENERALE – ASSISTENZA PRIMARIA

Al Sig. DIRETTORE GENERALE
dell'Azienda ULSS 6 Euganea

prest.medgen@aulss6.veneto.it

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____

nato/a a _____ prov. ____ il _____ residente a

_____ prov. ____ Via _____

n. _____ CAP _____ Tel. _____ Cell. _____

M F Codice Fiscale _____

e-mail _____

PEC _____

(intestata al medico che presenta la domanda)

intende presentare domanda per ricoprire l'incarico provvisorio di Medico di Medicina Generale addetto all'Assistenza Primaria, nel Distretto Padova Terme Colli – Comune di Mestrino dell'ULSS 6 Euganea, a decorrere dal **13.05.2019**, con obbligo di apertura ambulatorio

Comune di Veggiano

A tal fine, consapevole che il rilascio di dichiarazioni mendaci, la formazione di atti falsi ed il loro uso è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia e che, in caso di non veridicità della dichiarazione, è prevista la decadenza dai benefici acquisiti sulla base della medesima, come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa", ai sensi degli artt. 46 e 47 dello stesso D.P.R.

DICHIARA

a) di essere nato/a a _____ il _____, e di risiedere attualmente a _____ in via _____;

b) di essersi laureato/a in medicina e chirurgia a _____ il _____ con voto _____ ed abilitato/a il _____ a _____;

c) di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____ dal _____ al n° _____ e che non sussistono provvedimenti disciplinari a proprio carico;

- d) di essere inserito nella graduatoria Regionale del Veneto 2018 della Medicina Generale, con punteggio: _____;
- e) di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione specifico in medicina generale o titolo equipollente, ex D.Lgs. n. 368/99 o abilitati entro il 31.12.1994, conseguito il _____;
- f) di essere/non essere iscritto/a al corso di formazione specifico in medicina generale dal _____;
- g) di essere/non essere iscritto/a alla scuola di specialità in _____ dal _____;
- h) di non aver riportato condanne per reati contro la pubblica amministrazione (codice penale libro II, titolo II) e non avere procedimenti penali pendenti per i medesimi reati;
- i) di accettare tutte le indicazioni contenute nel bando e di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali, compresi quelli sensibili, finalizzato alla gestione della procedura concorsuale e degli adempimenti conseguenti;
- j) di far cessare, entro la data di decorrenza dell'incarico, eventuali situazioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa (art. 17 ACN);
- k) di accettare che la presentazione della domanda per ricoprire l'incarico è considerata - ad ogni effetto - immediatamente impegnativa

DICHIARA inoltre formalmente di:

- 1) O essere
 O non essere

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:

Soggetto..... ore settimanali.....

Via..... Comune di.....

Tipo di rapporto di lavoro

Periodo: dal.....

- 2) O essere
 O non essere

titolare di incarico come medico di medicina generale-assistenza primaria ai sensi del relativo A.C.N. con massimale di n°..... scelte: dal.....

- 3) O essere
 O non essere

titolare di incarico come medico di Pediatria di libera scelta ai sensi del relativo A.C.N. con
massimale di n° scelte: dal.....

- 4) O essere
 O non essere

titolare di incarico come specialista ambulatoriale convenzionato interno:

- O a tempo indeterminato
 O a tempo determinato

AULSS branca..... ore sett.....

AULSS..... branca..... ore sett.....

- 5) O essere
 O non essere

iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni:

Provincia..... branca.....

Periodo: dal.....

- 6) O avere
 O non avere

un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 c. 5 Decreto Legislativo n° 502/92 e successive
modificazioni:

Azienda..... via.....

Tipo di attività.....

Periodo: dal.....

- 7) O essere
 O non essere

titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria
territoriale

- O a tempo indeterminato
 O a tempo determinato

Nella Regione..... AULSS..... ore
sett.....

- 8) O operare
 O non operare

a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o accreditate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del decreto legislativo n° 502/92 e successive modificazioni:

Organismo..... ore sett.....

Via..... Comune di

Tipo di attività.....

Tipo di rapporto di lavoro.....

Periodo dal.....

9) Operare

non operare

a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art.43 L.833/78:

Organismo..... ore sett.....

Via..... Comune di

Tipo di attività.....

Tipo di rapporto di lavoro.....

Periodo: dal.....

10) svolgere

non svolgere

funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi del Testo Unico Sicurezza Lavoro (D.Lgs. 81/2008):

Azienda..... ore sett.....

Via..... Comune di.....

Periodo dal

11) svolgere

non svolgere

per conto dell'INPS o dell'AULSS di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte:

A.S.L. Comune di.....

Periodo: dal.....

12) avere

non avere

qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private o industrie farmaceutiche:

Azienda.....

Periodo: dal.....

13) O essere

O non essere

titolare o compartecipe di quote di imprese o

O esercitare

O non esercitare

attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale:

14) O fruire

O non fruire

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.....

15) O svolgere

O non svolgere

altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

.....
.....

Periodo: dal.....

16) O operare

O non operare

a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi 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 di

Tipo di attività

Tipo di rapporto di lavoro:

Periodo: dal

17) O essere

O non essere

titolare di trattamento di pensione a carico di:

.....
.....

Periodo: dal

(Informativa privacy)

di essere informato che ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30.06.2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali"), i dati personali, anche di natura sensibile o giudiziaria, forniti in relazione alla presente procedura, saranno trattati esclusivamente per le finalità di gestione della medesima e del rapporto contrattuale ad essa conseguente.

Completare tutte le voci con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare questo spazio:

NOTE _____

In fede

data _____

Firma _____

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 /2000, deve essere allegata copia del documento d'identità del dichiarante.