

ALL: A

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI
TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA.**
(reinserimento ai sensi all'art. 1, comma 16, del D.L. n. 324/93, convertito nella L. n. 423/93)

RACCOMANDATA A/R

All'Assessorato alla Sanità della Regione Lazio
Dipartimento Sociale – Direzione Regionale
Programmazione Sanitaria-Risorse Umane e Sanitarie
Area 54/06
Via R.R. Garibaldi, 7
00145 Roma

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
Prov. _____ il _____ M F codice fiscale _____
Residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____
CAP _____ tel. _____ Già medico convenzionato presso la ASL _____
è cessato in data _____ in quanto ha esercita la opzione per la dipendenza presso
la A.S.L. _____ in data _____;

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'articolo 39, comma 8, dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale e ai sensi all'art. 1, comma 16, del D.L. n. 324/93, convertito nella L. n. 423/93, per la reinscrizione negli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza primaria nell'ambito territoriale di provenienza (ambito nel quale era convenzionato al momento dell'esercizio dell'opzione di cui all'art. 4, comma 7 della legge n. 412/91), in riferimento agli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. _____ del _____, e segnatamente per i seguente ambito:

ASL _____ (precedente convenzionamento)	Distretto _____ (precedente convenzionamento)	ASL _____ (per reinscrizione elenchi convenzione)	Distretto _____ (per reinscrizione elenchi convenzione)
---	---	---	---

A tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'articolo 39, comma 8 dell'A.C.N. per la medicina generale, allega alla presente la seguente documentazione comprovante i requisiti richiesti:

- lettera alla ASL di opzione esercitata ai sensi art. 4, comma 7, L. 412/91;
- provvedimento ASL di inquadramento a seguito di detta opzione;

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ prov. _____
indirizzo _____ n. _____

Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva (all. D).

Data _____ firma per esteso _____

ALL:B

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI
TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA.
(per graduatoria)**

RACCOMANDATA A/R

All'Assessorato alla Sanità della Regione Lazio
Dipartimento Sociale – Direzione Regionale
Programmazione Sanitaria-Risorse Umane e Sanitarie
Area 54/06
Via R.R. Garibaldi, 7
00145 Roma

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
Prov. _____ il _____ M F codice fiscale _____
Residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____
CAP _____ tel. _____ a far data dal _____ A.S.L. di residenza _____
_____ e residente nel territorio della Regione _____ dal _____
inserito nella graduatoria regionale di settore di cui all'articolo 15 dell'A.C.N. per la medicina
generale laureato dal _____ con voto _____;

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'articolo 34, comma 2, lettera b) 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 Lazio n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti ambiti:

Distretto		ASL		Distretto		ASL	
Distretto		ASL		Distretto		ASL	
Distretto		ASL		Distretto		ASL	
Distretto		ASL		Distretto		ASL	
Distretto		ASL		Distretto		ASL	
Distretto		ASL		Distretto		ASL	
Distretto		ASL		Distretto		ASL	

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'articolo 16, comma 7 e 8 dell'A.C.N. per la medicina generale, di potere 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):

- riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo 256/91 o 277/03 (articolo 16, comma 7, lettera a);
- riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (articolo 16, comma 7, lettera b);

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ prov. _____
indirizzo _____ n. _____

Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva (all. D).

Data _____ firma per esteso _____

ALL: C

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

(per trasferimento)

RACCOMANDATA A/R

All'Assessorato alla Sanità della Regione Lazio
Dipartimento Sociale – Direzione Regionale
Programmazione Sanitaria-Risorse Umane e Sanitarie
Area 54/06
Via R. R. Garibaldi, 7
00145 Roma

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
prov. _____ il _____ M F codice fiscale _____
Residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____
CAP _____ tel. _____ a far data dal _____ e residente nel territorio
della Regione _____ dal _____, titolare di incarico a tempo indeterminato
per l'assistenza primaria presso la 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 Lazio n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti ambiti:

Distretto		ASL		Distretto		ASL	
Distretto		ASL		Distretto		ASL	
Distretto		ASL		Distretto		ASL	
Distretto		ASL		Distretto		ASL	
Distretto		ASL		Distretto		ASL	
Distretto		ASL		Distretto		ASL	
Distretto		ASL		Distretto		ASL	

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva (all. D) atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'articolo 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 _____ prov. _____
indirizzo _____ n. _____

Data _____ firma per esteso _____

ALLEGATO D

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott. _____ nato
 a _____ il _____ residente in _____
 Via/Piazza _____ n° _____
 iscritto all'Albo dei _____ della Provincia di _____
 ai sensi e agli effetti dell'art. 4, legge 4 gennaio 1968, n° 15 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 _____ Azienda _____

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

Periodo: dal _____

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

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

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'art. 8, c. 5, D.L.vo n. 502/92:

Azienda _____ Via _____

Tipo di attività _____

Periodo: dal _____

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

Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____

in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

8) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 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.L.vo n. 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 (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 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 626/93:

Azienda _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

12) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o della 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 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 altro 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 indeterminato: (1) (2)

Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____

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 di _____

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 _____

(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"