

ALLEGATO :1

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

RACCOMANDATA A/R

OGGETTO: Domanda di inserimento negli elenchi della pediatria di libera scelta.

...I...sottoscritt...dott.....nato a il..... e
residente in Via n cap.....
tel..... Visto il *Bollettino Ufficiale* della Regione Lazio n..... del

CHIEDE

di concorrere per l'iscrizione negli elenchi della pediatria di libera scelta per i distretti (indicare prima l'ASL e poi il distretto):

.....
.....
.....
.....

Firma

.....

Ai sensi e agli effetti degli articoli 46 e 47 del T.U. approvato con D.P.R. 28/12/2000, n. 445

DICHIARA (1)

- di essere già iscritto negli elenchi della pediatria di libera scelta della Regione Lazio A.S.L..... distretto.....dal.....con codice regionale n.....(da valere per il trasferimento ambito Regione lazio).
- di essere già iscritto negli elenchi della pediatria di libera scelta della Regione A.S.L..... distretto.....dal..... con codice regionale n..... (da valere per il trasferimento da altra Regione).
- di essere inserito nella graduatoria unica regionale per la pediatria di libera scelta valida per l'anno 2010 (domanda presentata entro il 31 gennaio 2009).
- di essere residente in un comune della Regione Lazio fin dal 31 gennaio 2007 ed in particolare sempre dal 31 gennaio 2007 ne.....comun.....di.....allo scopo di usufruire dei punteggi previsti al 3° comma, art. 33 del l' A.C.N./2005-testo integrato con l'ACN 29/07/2009.
- allego fotocopia del documento di riconoscimento n.....tipo.....rilasciato il.....da.....(obbligatoria).

Data.....

Firma

(1) –Barrare la voce che interessa.

.....

AVVERTENZE:

La scadenza dell'invio della domanda è fissata al quindicesimo giorno decorrente dal giorno successivo a quello della data di pubblicazione delle zone carenti sul *Bollettino Ufficiale* della Regione Lazio. A tal fine fa fede il timbro dell'ufficio postale accettante.

ALLEGATO 2

**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 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 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 del D.P.R. con massimale di n°..... scelte
Periodo: dal

3. essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato: (2)
A.S.L. branca..... ore sett.....
A.S.L..... branca..... ore sett.....

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

5. 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..... A.S.L..... ore sett.....
in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

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 L.

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 L.833/78: (2)

Organismo..... ore sett.....
Via..... Comune di
Tipo di attività.....
Tipo di rapporto di lavoro.....
Periodo: dal.....

8. 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.....

9. svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'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 compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: 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 di
Tipo di attività.....
Tipo di rapporto di lavoro:.....
Periodo: dal.....

13. essere/non essere titolare (1) 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 _____

(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".