

DPR 20 ottobre 1998, n. 403

“Regolamento di attuazione degli artt. 1, 2 e 3 della Legge 15 maggio 1997 n. 127”

DEFINIZIONE DEI TERMINI DI LEGGE

MODULISTICA

FONTI LEGISLATIVE

Anna Compagnucci – Elisabetta Pompeo

MODULISTICA

- A) DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
- B) DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

FACSIMILI DOMANDE DI ISCRIZIONE:

- C) MEDICI CHIRURGHI
 - D) ODONTOIATRI
 - E) ODONTOIATRI (per gli immatricolati antecedentemente al 28.1.80 o in possesso di un diploma di specializzazione in campo odontoiatrico ai sensi dell'art. 4 della legge 409/85)
 - F) CITTADINI EXTRACOMUNITARI (ai sensi dell'ultimo comma dell'art. 9 del DLCPS 233/46)
 - G) CITTADINI EXTRACOMUNITARI (ai sensi dell'art. 35 della legge 40 del 6 marzo 1998)
- H) DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROVINCIALE
 - I) DOMANDA DI TRASFERIMENTO AD ALTRO ALBO PROVINCIALE
 - L) DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALLA PUBBLICITA' SANITARIA
 - M) DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE AL SINDACO IN MATERIA DI PUBBLICITA' SANITARIA

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI ATTI DI NOTORIETÀ PER:

- N) Esercizio della disciplina specialistica ai sensi dell'art. 1, comma 4° della legge 175/92
 - O) Elezione di domicilio speciale - art. 47 Cod. Civ.
 - P) Sede attività professionale
 - Q) Identità personale
 - R) Contrassegno
- S) RICHIESTA PARERE CONGRUITA'
 - T) SCHEMA TIPO CONTRATTO DI FORMAZIONE E LAVORO
 - U) MEDICINA DI GRUPPO
 - V) DOMANDA CONCORSO PUBBLICO PER PERSONALE AMMINISTRATIVO

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE
E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE**

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI.....**

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

L'iscrizione all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI di codesto Ordine.

Ai sensi e per gli effetti della legge 4 gennaio 1968 n. 15 e della legge 15 maggio 1997 n. 127 e successive modifiche e integrazioni, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 26 L. 4 gennaio 1968, n. 15),

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____, il _____;
- codice fiscale _____;
- di essere residente a _____ prov. _____;
- in via _____, Tel _____;
- di essere cittadino/a _____;
- di avere conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia il _____ presso l'Università degli Studi di _____;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ presso l'Università degli Studi di _____;
- di non aver riportato condanne penali;
- di godere dei diritti civili.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di non essere iscritto in altro albo provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri e di non essere impiegato a tempo pieno in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun albo provinciale;
- di non avere presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'albo;
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;
- di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi della legge 675/96.

FIRMA

.....

Data

AVVERTENZA: ~~IL~~ DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL
PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi
della legge 4 gennaio 1968 n. 15 che il Dott. _____
identificato a mezzo di _____ ha sottoscritto in sua
presenza l'istanza.

DATA

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

.....

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE
E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI.....

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

L'iscrizione all'ALBO DEGLI ODONTOIATRI di codesto Ordine.

Ai sensi e per gli effetti della legge 4 gennaio 1968 n. 15 e della legge 15 maggio 1997 n. 127 e successive modifiche e integrazioni, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 26 L. 4 gennaio 1968, n. 15),

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____, il _____;
- codice fiscale _____;
- di essere residente a _____ prov. _____;
- in via _____, Tel _____;
- di essere cittadino/a _____;
- di avere conseguito il diploma di laurea in odontoiatria e protesi dentaria il _____ presso l'Università degli Studi di _____;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ presso l'Università degli Studi di _____;
- di non aver riportato condanne penali;
- di godere dei diritti civili.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di non essere iscritto in altro albo provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri e di non essere impiegato a tempo pieno in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun albo provinciale;
- di non avere presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'albo;
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;
- di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi della legge 675/96.

FIRMA

.....

Data

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi della legge 4 gennaio 1968 n. 15 che il Dott. _____ identificato a mezzo di _____ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

DATA

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

.....

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI.....

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

L'iscrizione all'ALBO DEGLI ODONTOIATRI di codesto Ordine.

Ai sensi e per gli effetti della legge 4 gennaio 1968 n. 15 e della legge 15 maggio 1997 n. 127 e successive modifiche e integrazioni, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 26 L. 4 gennaio 1968, n. 15),

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____, il _____;
- codice fiscale _____;
- di essere residente a _____ prov. _____;
- in via _____, Tel _____;
- di essere cittadino/a _____;
- di avere conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia il _____ presso l'Università degli Studi di _____;
- di essere stato immatricolato al relativo corso di laurea antecedentemente al 28.1.1980 di essere in possesso di un diploma di specializzazione in campo odontoiatrico ai sensi dell'art. 4, 2° comma della L. 409/85;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ presso l'Università degli Studi di _____;
- di non aver riportato condanne penali;
- di godere dei diritti civili.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di non essere iscritto in altro albo provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri e di non essere impiegato a tempo pieno in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun albo provinciale;
- di non avere presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'albo;
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;

- di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi della legge 675/96.

FIRMA

.....

Data

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi della legge 4 gennaio 1968 n. 15 che il Dott. _____ identificato a mezzo di _____ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

DATA

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

.....

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE
DEI CITTADINI EXTRACOMUNITARI

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI.....

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

L'iscrizione all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI / ODONTOIATRI di codesto Ordine, ai sensi dell'ultimo comma dell'art. 9 del DLCPS 233/46.

Ai sensi e per gli effetti della legge 4 gennaio 1968 n. 15 e della legge 15 maggio 1997 n. 127 e successive modifiche e integrazioni, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 26 L. 4 gennaio 1968, n. 15),

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____, il _____;
- codice fiscale _____;
- di essere residente a _____ prov. _____;
- in via _____, Tel _____;
- di essere cittadino/a _____;
- di avere conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia/ odontoiatria il _____ presso l'Università degli Studi di _____;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ presso l'Università degli Studi di _____;
- di non aver riportato condanne penali;
- di godere dei diritti civili.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di non essere iscritto in altro albo provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri;
- di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun albo provinciale;
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;
- di non avere presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'albo;
- di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi della legge 675/96.

FIRMA

.....

Data

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi della legge 4 gennaio 1968 n. 15 che il Dott. _____ identificato a mezzo di _____ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

DATA

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

.....

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE
DEI CITTADINI EXTRACOMUNITARI

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI.....

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

L'iscrizione all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI / ODONTOIATRI di codesto Ordine, ai sensi dell'art. 35 della legge 40 del 6 marzo 1998.

Ai sensi e per gli effetti della legge 4 gennaio 1968 n. 15 e della legge 15 maggio 1997 n. 127 e successive modifiche e integrazioni, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 26 L. 4 gennaio 1968, n. 15).

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____, il _____;
- codice fiscale _____;
- di essere in possesso del permesso di soggiorno per motivi di lavoro subordinato, lavoro autonomo e familiari;
- di essere residente a _____ prov. _____;
- in via _____, tel. _____;
- di essere cittadino/a _____;
- di avere conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia/odontoiatria il _____ presso l'Università degli Studi di _____;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ presso l'Università degli Studi di _____;
- di non essere stato ammesso in soprannumero al relativo corso di laurea di essere stato autorizzato (anche se immatricolato in soprannumero) dal Governo dello Stato di appartenenza;
- di non aver riportato condanne penali;
- di godere dei diritti civili.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di non essere iscritto in altro albo provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri;
- di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun albo provinciale;

- di non avere presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'albo;
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;
- di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi della legge 675/96.

FIRMA

.....

Data

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI

Il sottoscritto _____ incaricato. ATTESTA, ai sensi della legge 4 gennaio 1968 n. 15 che il Dott. _____ identificato a mezzo di _____ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

DATA

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

.....

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROVINCIALE

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI.....

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____, il _____,
residente a _____ prov. _____ in Via _____
iscritto all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI/ ODONTOIATRI
con numero d'ordine

CHIEDE

la CANCELLAZIONE DALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI/ ODONTOIATRI di codesto Ordine, ai
sensi dell'art. 11, lett. d) DLCPS 233/46.

Ai sensi e per gli effetti della legge 4 gennaio 1968 n. 15 e della legge 15 maggio 1997 n. 127 e successive
modifiche e integrazioni, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla
legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 26 L. 4
gennaio 1968, n. 15), DICHIARA l'assenza di procedimenti penali pendenti.

FIRMA

.....

Data

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL
PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi
della legge 4 gennaio 1968 n. 15 che il Dott. _____
identificato a mezzo di _____ ha sottoscritto in sua
presenza l'istanza.

DATA

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

.....

DOMANDA DI TRASFERIMENTO AD ALTRO ALBO PROVINCIALE

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI.....

Il/la sottoscritto/a Dott. _____

CHIEDE

IL TRASFERIMENTO ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI/ ODONTOIATRI di codesto Ordine.

Ai sensi e per gli effetti della legge 4 gennaio 1968 n. 15 e della legge 15 maggio 1997 n. 127 e successive modifiche e integrazioni, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 26 L. 4 gennaio 1968, n. 15),

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____, il _____;
- codice fiscale _____;
- di essere residente a _____ prov. _____ in via _____, Tel _____; di avere in corso la pratica di trasferimento di residenza nel Comune di _____ prov. _____;
- di esercitare nel Comune di _____ prov. _____;
- di avere conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia / odontoiatria il _____ presso l'Università degli Studi di _____;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ presso l'Università degli Studi di _____;
- di essere iscritto all'albo provinciale dei medici chirurghi /odontoiatri di _____;
- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e all'ENPAM;
- di non aver riportato condanne penali;
- di non avere procedimenti penali e procedimenti e provvedimenti disciplinari in pendenza.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;
- di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi della legge 675/96.

FIRMA

.....

Data

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi della legge 4 gennaio 1968 n. 15 che il Dott. _____ identificato a mezzo di _____ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

DATA

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

.....

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 4 Legge 4 gennaio 1968, n. 15; art. 2 DPR 20 ottobre 1998, n. 403)

Il/la sottoscritto/a _____ nat. ___ a _____
_____ il _____ residente in _____
Via _____ n. _____ consapevole delle
responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 26 L.
4 gennaio 1968, n. 15), dichiara sotto la propria personale responsabilità che

Data
.....

Il /La dichiarante
.....

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi della legge 4 gennaio 1968 n. 15 che il Dott. _____ identificato a mezzo di _____ ha sottoscritto in sua presenza la dichiarazione di cui sopra.

DATA

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve la dichiarazione

.....

OMIT

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 2 della legge 4 gennaio 1968 n. 15; art. 1 DPR 20 ottobre 1998 n. 403)

Il/la sottoscritto/a Dott. _____
consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 26 L. 4 gennaio 1968, n. 15),

DICHIARA

DATA

Il /La dichiarante

.....

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI

L'identità personale è stata accertata a mezzo _____ n. _____
rilasciato il _____ da _____

DATA

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve la dichiarazione

.....

Domanda di autorizzazione alla pubblicità sanitaria ai sensi dell'art. 2 della legge 5 febbraio 1992 n. 175 e del Decreto ministeriale 16 settembre 1994, n. 657

(INOLTRATA ALL'ORDINE PROVINCIALE OVE IL SANITARIO E' ISCRITTO OVVERO PRESSO L'ORDINE DELLA PROVINCIA IN CUI INTENDE DIFFONDERE IL MESSAGGIO PUBBLICITARIO)

CONSIGLIO ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI.....

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

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 26 L. 4 gennaio 1968, n. 15) sotto la propria responsabilità DICHIARA:

- di essere nato/a _____ il _____

- di essere residente in _____ prov. _____;

via _____, n. _____ Tel. _____

con studio sito in _____ Via _____, n. _____

Tel. _____ Cap. _____;

- di essere iscritto nell'albo:

Medici chirurghi con posizione n. _____ Prov. di _____

Odontoiatri con posizione n. _____ Prov. di _____

Annotazione ex art. 5 legge 24 luglio 1985, n. 409

- di essere in possesso dei seguenti titoli accademici/ carriera/ onorificenze

_____;

di aver conseguito il diploma di specializzazione in _____

_____;

di avere esercitato/ di esercitare, ai sensi dell'art. 1, comma 4° della legge 175/92, la disciplina specialistica in dal al per complessive ore settimanali presso.....

(indicare la struttura sanitaria o l'istituzione privata di cui all'art. 43 della legge 23 dicembre 1978 n. 833)

CHIEDE

Che codesto Ordine voglia esprimere il proprio nulla osta in merito al seguente testo pubblicitario: (1) (2)

Tale testo verrà pubblicizzato a mezzo:



TARGA MURARIA (3) (4) delle seguenti dimensioni (max cm. 50 x 50)

caratteri delle seguenti dimensioni (max cm. 8) _____



INSERZIONI SU ELENCHI TELEFONICI (5)

Delle seguenti dimensioni (max cm. 5 x 10) _____



RICETTARIO

Il sottoscritto dichiara, inoltre, sotto la propria responsabilità che i locali dove esercita l'attività professionale non configurano un ambulatorio ma studio.

DATA

FIRMA

.....

.....

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi
della legge 4 gennaio 1968 n. 15 che il/la Dott./Dott.ssa _____
identificato/a a mezzo di _____ ha sottoscritto in
sua presenza l'istanza.

DATA

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

.....

NOTE

(1) Il testo può contenere solo le seguenti indicazioni:

- a) nome, cognome, indirizzo, numero telefonico ed eventuale recapito del professionista e orario delle visite o di apertura al pubblico;
- b) titoli di studio, titoli accademici, titoli di specializzazione e di carriera, senza abbreviazioni che possano indurre in equivoco;
- c) onorificenze concesse e riconosciute dallo Stato.

L'uso della qualifica di specialista è consentito soltanto a coloro che abbiano conseguito il relativo diploma ai sensi della normativa vigente. E' vietato l'uso dei titoli, compresi quelli di specializzazione conseguiti all'estero, se non riconosciuti dallo Stato. Il medico non specialista può fare menzione della particolare disciplina specialistica che esercita, con espressioni che ripetano la denominazione ufficiale della specialità e che non inducano in errore o equivoco sul possesso del titolo di specializzazione, quando abbia svolto attività professionale nella disciplina medesima per un periodo almeno pari alla durata legale del relativo corso universitario di specializzazione presso strutture sanitarie o istituzioni private a cui si applicano le norme, in tema di autorizzazione e vigilanza, di cui all'art. 43 della legge 23.12.1978, n. 833 (case di cura privata, ecc.). L'attività svolta e la sua durata devono essere comprovate mediante attestato rilasciato dal responsabile sanitario della struttura o istituzione. Tale attestato va depositato presso l'Ordine.

(2) Nel caso si voglia pubblicizzare il rapporto di Convenzione che intercorre con il S.S.N., alla domanda deve essere allegata una certificazione di data non anteriore a tre mesi che comprovi l'esistenza di tale rapporto. La dicitura che può essere indicata è la seguente "convenzione con il S.S.N. per la medicina generale" oppure "convenzione con il S.S.N. per la pediatria".

Nel caso si voglia pubblicizzare un'Associazione Professionale è necessario allegare alla domanda copia conforme all'originale dell'Atto Costitutivo.

(3) TARGA: Le dimensioni massime della targa stabilite dal D.M. n. 657/1994 sono cm. 50x60. Sono fatte salve le disposizioni del Regolamento Comunale che prevedano dimensioni massime inferiori a quelle sopra indicate. Si fa presente che il Regolamento Comunale di stabilisce quali dimensioni massime cm. 50x50. Sono queste ultime, pertanto, le dimensioni massime alle quali bisogna attenersi nel caso la targa venga esposta nell'ambito del Comune di

I caratteri debbono essere "a stampatello" e di grandezza non superiore a cm. 8.

(4) Quando l'edificio insiste in un complesso recintato, le targhe possono essere apposte sulla recinzione.

(5) PAGINE GIALLE O ELENCHI TELEFONICI: Le inserzioni non possono occupare uno spazio superiore a 50 centimetri quadrati (di norma cm. 5x10). Debbono avere carattere e colore tipografico conformi a quelli normalmente usati. Non possono contenere riquadri e sottolineature volti ad evidenziare il testo dell'inserzione medesima. Debbono riportare il testo autorizzato con esclusione di qualsiasi grafico, disegno o figura ad eccezione del simbolo rappresentativo della professione. Devono riportare il numero e la data dell'autorizzazione rilasciata dal comune o dalla regione.

Si prega di compilare il presente modello in carattere stampatello.

QUALIT

Domanda di autorizzazione alla pubblicità sanitaria ai sensi dell'art. 2 della legge 5 febbraio 1992 n. 175 e del Decreto ministeriale 16 settembre 1994, n. 657

AL SINDACO DEL COMUNE DI

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____
consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 26 L. 4 gennaio 1968, n. 15) sotto la propria responsabilità DICHIARA:

- di essere nato/a _____ il _____

- di essere residente in _____ prov. _____;

via _____, n. _____ Tel. _____

con studio sito in _____ Via _____, n. _____

Tel. _____ Cap. _____;

- di essere iscritto nell'albo:

Medici chirurghi con posizione n. _____ Prov. di _____

Odontoiatri con posizione n. _____ Prov. di _____

Annotazione ex art. 5 legge 24 luglio 1985, n. 409

- di essere in possesso dei seguenti titoli accademici/ carriera/ onorificenze

_____;

di aver conseguito il diploma di specializzazione in _____
_____;

di avere esercitato/ di esercitare, ai sensi dell'art. 1, comma 4° della legge 175/92, la disciplina specialistica in _____ dal _____ al _____ per complessive ore settimanali _____ presso _____

(indicare la struttura sanitaria o l'istituzione privata di cui all'art. 43 della legge 23 dicembre 1978 n. 833)

DMT

CHIEDE

che codesta Amministrazione voglia rilasciare l'autorizzazione necessaria a pubblicizzare il seguente testo:
(1) (2)

Tale testo verrà pubblicizzato a mezzo:



TARGA MURARIA (3) (4) delle seguenti dimensioni (max cm. 50 x 50)

caratteri delle seguenti dimensioni (max cm. 8) _____



INSERZIONI SU ELENCHI TELEFONICI (5)

Delle seguenti dimensioni (max cm. 5 x 10) _____



RICETTARIO

Il sottoscritto dichiara, inoltre, sotto la propria responsabilità che i locali dove esercita l'attività professionale non configurano un ambulatorio ma studio.

DATA

.....

FIRMA

.....

NOTE

(1) Il testo può contenere solo le seguenti indicazioni:

- a) nome, cognome, indirizzo, numero telefonico ed eventuale recapito del professionista e orario delle visite o di apertura al pubblico;
- b) titoli di studio, titoli accademici, titoli di specializzazione e di carriera, senza abbreviazioni che possano indurre in equivoco;
- c) onorificenze concesse e riconosciute dallo Stato.

L'uso della qualifica di specialista è consentito soltanto a coloro che abbiano conseguito il relativo diploma ai sensi della normativa vigente. E' vietato l'uso dei titoli, compresi quelli di specializzazione conseguiti all'estero, se non riconosciuti dallo Stato. Il medico non specialista può fare menzione della particolare disciplina specialistica che esercita, con espressioni che ripetano la denominazione ufficiale della specialità e che non inducano in errore o equivoco sul possesso del titolo di specializzazione, quando abbia svolto attività professionale nella disciplina medesima per un periodo almeno pari alla durata legale del relativo corso universitario di specializzazione presso strutture sanitarie o istituzioni private a cui si applicano le norme, in tema di autorizzazione e vigilanza, di cui all'art. 43 della legge 23.12.1978, n. 833 (case di cura private, ecc.). L'attività svolta e la sua durata devono essere comprovate mediante attestato rilasciato dal responsabile sanitario della struttura o istituzione. Tale attestato va depositato presso l'Ordine.

(2) Nel caso si voglia pubblicizzare il rapporto di Convenzione che intercorre con il S.S.N., alla domanda deve essere allegata una certificazione di data non anteriore a tre mesi che comprovi l'esistenza di tale rapporto. La dicitura che può essere indicata è la seguente "convenzione con il S.S.N. per la medicina generale" oppure "convenzione con il S.S.N. per la pediatria".

Nel caso si voglia pubblicizzare un'Associazione Professionale è necessario allegare alla domanda copia conforme all'originale dell'Atto Costitutivo.

(3) TARGA: Le dimensioni massime della targa stabilite dal D.M. n. 657/1994 sono cm. 50x60. Sono fatte salve le disposizioni del Regolamento Comunale che prevedano dimensioni massime inferiori a quelle sopra indicate. Si fa presente che il Regolamento Comunale di stabilisce quali dimensioni massime cm. 50x50. Sono queste ultime, pertanto, le dimensioni massime alle quali bisogna attenersi nel caso la targa venga esposta nell'ambito del Comune I caratteri debbono essere "a stampatello" e di grandezza non superiore a cm. 8.

(4) Quando l'edificio insiste in un complesso recintato, le targhe possono essere apposte sulla recinzione.

(5) PAGINE GIALLE O ELENCHI TELEFONICI: Le inserzioni non possono occupare uno spazio superiore a 50 centimetri quadrati (di norma cm. 5x10). Debbono avere carattere e colore tipografico conformi a quelli normalmente usati. Non possono contenere riquadrati e sottolineature volti ad evidenziare il testo dell'inserzione medesima. Debbono riportare il testo autorizzato con esclusione di qualsiasi grafico, disegno o figura ad eccezione del simbolo rappresentativo della professione. Devono riportare il numero e la data dell'autorizzazione rilasciata dal comune o dalla regione.

N.B. La presente domanda deve essere consegnata presso l'Ordine professionale competente per territorio ove è ubicato lo studio professionale unitamente alla domanda indirizzata al Consiglio del medesimo Ordine.

Si prega di compilare il presente modello in carattere stampatello.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 4 Legge 4 gennaio 1968, n. 15; art. 2 DPR 20 ottobre 1998, n. 403)

Il/la sottoscritt Dott. _____ nat __ a
_____ il _____ residente in
_____ Via _____ n. _____, iscritt _____
all'Albo _____ con numero d'ordine
_____, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false
attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 26 L. 4 gennaio 1968, n. 15), sotto la propria personale
responsabilità

DICHIARA

ai sensi dell'art. 1, comma 4° della legge 175/92, di aver esercitato / di esercitare la disciplina
specialistica in

dal al

per complessive ore settimanali

presso.....

.....

(indicare la struttura sanitaria o l'istituzione privata di cui all'art. 43 della legge 23 dicembre 1978,
n. 833)

Data

.....

IL DICHIARANTE

.....

**AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL
PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON
VERITIERA**

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi
della legge 4 gennaio 1968 n. 15 che il Dott. _____
identificato a mezzo di _____ ha sottoscritto in sua
presenza la dichiarazione di cui sopra.

DATA

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve la dichiarazione

.....

DMT

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 4 Legge 4 gennaio 1968, n. 15; art. 2 DPR 20 ottobre 1998, n. 403)

Elezione di Domicilio Speciale – art. 47 Cod. Civ.

Il/la sottoscritt Dott. _____ nat ___ a _____
_____ il _____ residente in _____
Via _____ n. _____, iscritt _____
all'Albo _____ con numero d'ordine _____,
consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci
dichiarazioni (art. 26 L. 4 gennaio 1968, n. 15), sotto 'a propria personale responsabilità

DICHIARA

ai sensi dell'art. 47 Cod. Civ. di eleggere, ai fini della corrispondenza, il proprio DOMICILIO SPECIALE presso il Sig. _____

Via _____ n. _____ Cap _____

Data

.....

IL DICHIARANTE

.....

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi della legge 4 gennaio 1968 n. 15 che il Dott. _____ identificato a mezzo di _____ ha sottoscritto in sua presenza la dichiarazione di cui sopra.

DATA

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve la dichiarazione

.....

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
 (Art. 4 Legge 4 gennaio 1968, n. 15; art. 2 DPR 20 ottobre 1998, n. 403)

Art. 9 lett. e) DLCPS n. 233/46 così come modificato dalla legge 362/91
SEDE ATTIVITA' PROFESSIONALE

Il/la sottoscritt Dott. _____ nat ___ a
 _____ il _____ residente in
 _____ Via _____ n. _____

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci
 dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 26 L. 4 gennaio 1968, n. 15), dichiara di
 esercitare l'attività professionale nei locali siti nel Comune di _____

Via _____ quale medico

- (1): a) libero professionista b) di medicina generale
 c) pediatra di libera scelta d) specialista convenzionato esterno

OPPURE

dichiara di esercitare attività convenzionata per la (1): e) medicina dei servizi
 f) guardia medica g) specialistica ambulatoriale presso il presidio di
 Via.....(U.S.L.....);

OPPURE

h) quale medico dipendente presso la seguente Amministrazione o
 Struttura.....

i) quale medico che opera presso struttura privata (convenzionata e non) con rapporto di
 libera collaborazione coordinata e continuativa.

Si rende la presente dichiarazione al fine di:

- ottenere l'iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di
 per trasferimento dall'Ordine di..... Albo
- mantenere l'iscrizione presso Codesto Ordine

Desidera ricevere la corrispondenza:

- presso la residenza presso la sede della attività professionale

IL DICHIARANTE

DA ALLEGARE:

- 1) alle domande d'iscrizione per trasferimento da altro Ordine prodotte in relazione alla ubicazione, nella
 Provincia di, della Sede della attività professionale, sebbene la residenza si abbia in Provincia diversa;
 2) alle domande di mantenimento della iscrizione a questo Ordine in virtù della ubicazione nella Provincia di
 della Sede delle attività professionali, nonostante la residenza sia stata trasferita in altra Provincia.

(1) Barrare le voci che interessano.

**AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL
 PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA**

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
 E DEGLI ODONTOLATRI DI

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi
 della legge 4 gennaio 1968 n. 15 che il Dott. _____
 identificato a mezzo di _____ ha sottoscritto in sua
 presenza la dichiarazione di cui sopra.

DATA

Timbro e firma dell'incaricato
 che riceve la dichiarazione

COMIT

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 4 Legge 4 gennaio 1968, n. 15; art. 2 DPR 20 ottobre 1998, n. 403)

Il/la sottoscritt Dott. _____ nat ___ a
_____ il _____ residente in
_____ Via _____ n. _____,

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 26 L. 4 gennaio 1968, n. 15),

DICHIARA

che il proprio nominativo è il seguente: _____
dichiara, altresì, che il dott. _____ e il
_____ sono la stessa persona.

Data

.....

IL DICHIARANTE

.....

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi della legge 4 gennaio 1968 n. 15 che il Dott. _____ identificato a mezzo di _____ ha sottoscritto in sua presenza la dichiarazione di cui sopra.

DATA

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve la dichiarazione

.....

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 4 Legge 4 gennaio 1968, n. 15; art. 2 DPR 20 ottobre 1998, n. 403)

CONTRASSEGNO

Il/la sottoscritt Dott. _____ nat ___ a
_____ il _____ residente in
_____ Via _____ n. _____, iscritt _____
all'Albo dei medici chirurghi/ degli odontoiatri con numero d'ordine _____,
consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci
dichiarazioni (art. 26 L. 4 gennaio 1968, n. 15) sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

che il contrassegno _____ rilasciato da codesto Ordine si è irrimediabilmente
deteriorato e ne chiede la sostituzione con altro nuovo che riporti l'indicazione delle seguenti
targhe:

1) _____ 2) _____ 3) _____

Data

.....

IL DICHIARANTE

.....

**AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL
PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA**

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi
della legge 4 gennaio 1968 n. 15 che il Dott. _____
identificato a mezzo di _____ ha sottoscritto in sua
presenza la dichiarazione di cui sopra.

DATA

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve la dichiarazione

.....

Applicare
marca da
bollo
£. 20.000

Alla Commissione per gli iscritti
nell'Albo dei Medici-Chirurghi / odontoiat

RICHIESTA PARERE CONGRUITA'

Il sottoscritto Dott. _____ residente in
_____ Via _____ n. _____ c.a.p. _____
tel. _____ iscritto nell'Albo professionale dei Medici-Chirurghi con posizione n. _____
specialista in _____ fa presente che dal _____ al
_____ ha effettuato in favore del Sig. _____ residente in
_____ Via _____ n. _____ cap. _____

le seguenti prestazioni professionali :

- 1. _____ L. _____
- 2. _____ L. _____
- 3. _____ L. _____
- 4. _____ L. _____
- 5. _____ L. _____
- 6. _____ L. _____
- 7. _____ L. _____
- 8. _____ L. _____

Parte riservata allo Ufficio

OMI

9.	L.	
10.	L.	
11.	L.	
12.	L.	
13.	L.	
14.	L.	
15.	L.	
16.	L.	
17.	L.	
18.	L.	
19.	L.	
20.	L.	
21.	L.	
22.	L.	
23.	L.	
24.	L.	
25.	L.	
26.	L.	
27.	L.	
28.		

SMF

29.	_____	L. _____	_____
	_____		_____
30.	_____	L. _____	_____
	_____		_____
TOTALE ONORARIO		L. _____	_____
ACCONTI VERSATI		L. _____	_____
SOMMA RESIDUA		L. _____	_____

Poiché il paziente risulta tuttora insolvente, il sottoscritto chiede che codesta Commissione voglia esprimere il proprio giudizio circa la congruità dei predetti onorari.

Inoltre :

a) Ai sensi dell'art. 3 lett. g) del DLCPS del 13/09/1946 n. 233, si richiede che l'Ordine si interponga tentando di addivenire alla conciliazione della vertenza, tenuto conto che in caso di mancanza di accordo transattivo tra le parti, l'Ordine dovrà esprimere il suo parere sulla controversia stessa, svolgendo un'accurata istruttoria, richiedente i necessari tempi tecnici previsti dalle norme e regolamenti vigenti.

b) Ai sensi dell'art. 3 lett. g) del DLCPS del 13/09/1946 n. 233, non si richiede all'Ordine di interpersi per addivenire alla conciliazione della vertenza.

DATA

FIRMA

COMITI

AVVERTENZE

- A) Riportare gli importi di eventuali acconti versati dal paziente che debbono essere comprovati esibendo copia della relativa ricevuta fiscale od in altro modo ritenuto idoneo.
- B) La domanda deve essere dattiloscritta (o redatta in stampatello) su carta da bollo da L. 20.000. In base al D.P.R. 642/72 art. 9 - I comma - "Sulla carta bollata non si può scrivere fuori dei margini nè eccedere il numero delle linee in essa tracciate".
- C) E' necessario allegare una marca da bollo da L. 20.000.
- D) La tassa dovuta all'Ordine per il rilascio dei pareri per la liquidazione degli onorari professionali é pari al...% dell'onorario professionale globale.
Nel caso di parziale corresponsione di detto onorario, la suddetta aliquota viene computata sulla parte di onorario non ancora corrisposto.
- E) Nel caso in cui la suddetta tassa superi l'importo di L., al momento del ritiro del parere, il sanitario deve produrre una marca da bollo da L.

N.B.: Se la domanda non è completa di tutte le informazioni richieste la Commissione non sarà in grado di esprimere parere di congruità.

SCHEMA-TIPO CONTRATTO DI FORMAZIONE E LAVORO

Schema di contratto di formazione e lavoro da redigere su carta intestata del titolare dello studio. Cinque esemplari di tale contratto debbono essere consegnati presso l'Ordine affinché possa essere apposto il visto di conformità al progetto predisposto dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri.

Due copie restano all'Ordine di cui una viene inviata a cura dell'Ordine stesso all'Ufficio regionale del Lavoro.

Il giorno..... in - Via.....

TRA

il Dr..... nella

Medico

sua qualità di titolare dello studio

sito in

Odontoiatrico

Via..... ;

(Codice fiscale n.)

ED IL

Sig., nato a.....

il e residente in..... Via.....

Codice fiscale n.....

PREMESSO

che il Sig..... è in possesso del titolo di studio
di.....

SI STIPULA

il presente contratto di formazione e lavoro, ai sensi e per gli effetti dell'art.3 della Legge 19 dicembre 1984, n. 853, dell'art.8 della Legge 29 dicembre 1990, n. 407, come integrati dall'art.16 del D.L. 16 maggio 1994, n. 299, coordinato con legge di conversione 19 luglio 1994, n. 451 - in conformità al progetto della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri approvato dal Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale in data 18 aprile 1996.

1) DURATA DEL CONTRATTO

Il Sig..... è assunto per la durata di.....

dalla comunicazione al competente Ufficio di collocamento. (Si ricorda che per le qualifiche di cui ai punti A), B) e C) del progetto della FNOMCeO, la durata è di 24 mesi, per la qualifica di cui al punto D) è di 18 mesi, per la qualifica di cui al punto E) è di 12 mesi). Scaduto detto termine il rapporto si intenderà risolto senza disdetta, salva la facoltà di dar luogo ad un contratto a tempo indeterminato sulla base della qualificazione professionale conseguita. Nel corso del rapporto ciascuna delle parti potrà recedere dal contratto ai sensi degli artt. 2118 e 2119 c.c.. Qualora il rapporto prosegua oltre il termine suddetto esso si intenderà convertito in normale rapporto di lavoro.

2) MANSIONI DEL LAVORATORE

Il Sig.....sarà adibito alle mansioni proprie della qualifica corrispondente al.....livello del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro degli Studi professionali.

3) RETRIBUZIONE DEL LAVORATORE

Al lavoratore sarà corrisposta la retribuzione contrattuale prevista per il livello convenuto e riferito all'orario di lavoro concordato.

4) ORARIO DI LAVORO

L'orario di lavoro è stabilito in.....ore settimanali complessive, distribuite in.....giorni.

L'orario di lavoro deve prevedere lo svolgimento della necessaria attività di insegnamento teorico e pratico per il numero di ore complessivamente stabilite (in relazione alla durata del contratto) nel progetto della FNOMCeO, approvato dal Ministero del Lavoro, per ciascuna qualifica professionale (almeno 130 ore per le qualifiche A, B e C del progetto, 80 ore per la qualifica D e 20 ore per la qualifica E).

5) PART-TIME (solo eventualmente)

Il presente contratto di lavoro è stipulato a tempo parziale per un impegno diore giornaliere (il tempo parziale non può essere inferiore alle 4 ore giornaliere e non può essere superiore alle 24 ore settimanali).

L'ammontare del numero delle ore di formazione resta lo stesso previsto per ciascuna qualifica del progetto nazionale predisposto dalla FNOMCeO.

6) MODALITÀ' DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ' FORMATIVA

Il Dr.....si impegna a consentire e/o ad impartire, per quanto previsto dal progetto della FNOMCeO approvato dal Ministero del Lavoro, al Sig..... la formazione nello studio professionale per l'ammontare di ore previsto in relazione a ciascuna qualifica del progetto stesso.

I contenuti specifici dell'attività formativa e lavorativa sono i seguenti.....
(da compilare a cura del datore di lavoro sulla base di quanto previsto nel progetto nazionale FNOMCeO).

7) ATTESTATI FINALI

Alla scadenza del contratto di formazione e lavoro di cui al comma 2, lett. a) dell'art. 16, D.L. 16 maggio 1994, n. 299, coordinato con legge di conversione 19 luglio 1994, n. 451, (lett. A) - B) - C) e D) del nostro progetto), il datore di lavoro, utilizzando il modello predisposto dal Ministero del Lavoro, trasmette alla Sezione circoscrizionale per l'impiego, competente per territorio, idonea certificazione dei risultati conseguiti dal lavoratore interessato. Le strutture competenti delle Regioni possono accertare il livelli di formazione acquisito dal lavoratore.

Alla scadenza del contratto di formazione e lavoro di cui alla lett. b) del citato comma 2 (lett. E) del nostro progetto), il datore di lavoro rilascia al lavoratore un attestato sull'esperienza svolta.

Nei riguardi dei giovani medici, l'Ordine provinciale di appartenenza, sulla base della dichiarazione del titolare dello studio, rilascia a sua volta un attestato di qualificazione professionale con l'indicazione:

- delle generalità complete, dei titoli accademici e professionali e degli estremi dell'iscrizione all'Albo di entrambe le parti del rapporto;
- il settore o i settori nei quali si è prevalentemente svolta l'attività formativa;
- le esperienze più significative compiute dal giovane medico nel corso del rapporto.

8) TRATTAMENTO NORMATIVO E CONTRIBUTIVO

Per i contratti relativi alle qualifiche di cui ai punti A), B), C) e D), del progetto della FNOMCeO trovano applicazione i benefici contributivi previsti dalle disposizioni vigenti in materia. Per i contratti di cui alla qualifica E) i medesimi benefici trovano applicazione subordinatamente alla trasformazione del rapporto di lavoro a tempo indeterminato e, successivamente ad essa, per una durata pari a quella del contratto di formazione e lavoro così trasformato e in misura corrispondente al trattamento retributivo corrisposto nel corso del contratto di formazione medesima.

Per quant'altro non previsto dal presente contratto, si applicano le norme del vigente contratto collettivo nazionale di lavoro per i dipendenti degli studi professionali.

Un esemplare del presente contratto è rimesso all'Ufficio del Collocamento.

IL LAVORATORE

IL DATORE DI LAVORO

.....

.....

data.

DA RESTITUIRE ALL'ORDINE DEBITARENE COMPILATO E FIRMATO

DENOMINAZIONE SOCIALE	INDIRIZZO SEDE LAVORO N. TELEFONO	TERRITORIO CASSA MEZZOGIORNO	TERRITORIO NON CASSA MEZZOGIORNO	ORDINE	ORGANICO ATTUALE LAV. LAV. ORD. CFC.	UNITA' RICH.	QUALIFICA	LIVELLO IND. FIN.	DURATA III MESI	OR SET

FIRMA DEL MEDICO E TITOLARIO

PREMESSA

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, nel ribadire il suo interesse per la promozione dei contratti di formazione e lavoro, quale utile strumento per l'inserimento dei giovani nel settore delle attività sanitarie, si ricollega a quanto già evidenziato in premessa nel progetto di contratto di formazione e lavoro, già approvato dal Ministero del Lavoro e della Previdenza sociale in data 3 dicembre 1985.

Le esigenze e le aspettative alla base di quel progetto di contratto rimangono inalterate e, anzi, ancora più incisive in relazione ai problemi della disoccupazione giovanile, in particolare per quanto riguarda i neo laureati in Medicina.

nell'auspicio, quindi, che questo aggiornamento possa costituire un utile strumento per il problema dell'occupazione nel settore sanitario in generale, e medico in particolare, presenta il seguente progetto di contratto di formazione e lavoro.

Le assunzioni potranno riguardare l'intera gamma delle figure professionali utilizzate dagli studi medici e odontoiatrici a seconda della loro specifica attività. Tenuto anche conto delle qualifiche contemplate dal contratto collettivo nazionale di lavoro dei dipendenti degli studi professionali, l'offerta di impiego si rivolgerà ai giovani:

A) Laureati

- Medici-Chirurghi
- Odontoiatri
- Biologi
- Chimici
- Fisici
- Psicologi
- Altre lauree aventi affinità con l'attività e le esigenze organizzative dello studio

B) Diplomati per attività infermieristiche e tecnico-sanitarie

- Infermieri professionali
- Infermieri pediatrici
- Dietisti
- Assistenti sanitari
- Tecnici di radiologia medica
- Tecnici di laboratorio
- Tecnici di fisiopatologia (nei diversi indirizzi)
- Terapisti della riabilitazione (nei diversi indirizzi)
- Audioprotesisti
- Igienisti dentali

C) Altri diplomati o qualificati per mansioni di concetto operativamente autonome che comportino particolari conoscenze ed esperienze tecnico professionali comunque acquisite con eventuale coordinamento esecutivo dell'attività di altri dipendenti

- Segretari di concetto
- Analisti chimici
- Terapisti di riabilitazione
- Contabili di concetto
- Segretari unici che svolgono, in piena autonomia e sulla scorta di particolari esperienze mansioni promiscue di concetto e di ordine e che intrattengono anche rapporti con la clientela

D) Altri diplomati o qualificati per mansioni d'ordine che richiedono specifiche conoscenze e particolari capacità tecnico pratiche

- Programmatori meccanografici
- Infermieri generici medici e odontoiatri addetti alla accertazione clienti, registrazione dati, consegna referè clinici
- Assistenti dentali
- Segretari unici con cumulo di mansioni esclusivamente di ordine che eventualmente tengono contatti informativi con la clientela

E) Lavoratori che svolgono esclusivamente mansioni d'ordine con adeguate conoscenze tecnico pratiche

- Contabili d'ordine
- Addetti ai servizi esterni per il disbrigo di commissioni presso Enti, Istituti e Uffici pubblici e privati
- Datillografi

A questo proposito va precisato che il presente progetto non riguarda quei laureati (ad ex. in biologia) che intendano compiere nello studio medico il periodo di praticantato prescritto per l'ammissione all'esame di Stato di abilitazione.

E' da notare, inoltre che per i medici e per la generalità delle figure professionali diplomate non esiste praticantato nel senso anzidetto: i medici, infatti, compiono un tirocinio di sei mesi in strutture di degenza, mentre i titoli di diploma sono di per se abilitanti.

Durata, contenuti e obiettivi dell'attività di formazione e lavoro -
Inquadramento del lavoratore

A) Laureati

La durata del contratto è di 24 mesi.

La qualifica iniziale dà luogo, comunque, all'inquadramento nel secondo livello retributivo del c.c.n.l. per i dipendenti degli studi professionali.

L'attività formativa e lavorativa del giovane laureato comporta un'assidua collaborazione professionale con il titolare dello studio attraverso un'applicazione della formazione universitaria acquisita, con riferimento alla specifica attività medica esercitata nello studio.

Il titolare dello studio curerà personalmente o attraverso i suoi diretti collaboratori il perfezionamento delle conoscenze tecnico-professionali del laureato in formazione, con particolare riguardo all'acquisizione della pratica clinica (per i medici) e delle altre capacità operative nello specifico settore di attività, anche mediante la graduale applicazione all'uso autonomo delle apparecchiature e dello strumentario in dotazione allo studio.

Nell'arco dei 24 mesi l'attività di formazione e lavoro si svilupperà in due fasi di durata variabile in rapporto alle esigenze formative.

Nella prima fase verrà dato particolare rilievo al perfezionamento tecnico e integrazione delle conoscenze acquisite nel corso di laurea. Il tempo da dedicare a tale perfezionamento di 130 ore di formazione, da effettuarsi in luogo della prestazione lavorativa. All'inizio di questa fase il titolare dello studio fornirà al neo-assunto, prima dell'avvio di quest'attività pratica, un adeguato aggiornamento, sotto il profilo teorico, circa le tecniche operative e le attrezzature tecnologiche che caratterizzano l'attività dello studio.

Nella seconda fase l'attività del giovane laureato sarà invece improntata allo svolgimento via via più autonomo degli atti professionali, ferma restando un'assidua attività teorica che non dovrà essere inferiore a quanto stabilito in precedenza.

Il livello di formazione da raggiungere al termine dei 24 mesi consiste in un elevato grado di capacità tecnico-operativa e di autonomia professionale nel settore di attività dello studio tale da permettere al giovane laureato di continuare il lavoro intrapreso nel medesimo o in altro studio (con inquadramento al primo livello), ovvero di iniziare una propria autonoma attività professionale.

Part - time

Il contratto di formazione e lavoro può essere stipulato anche per un impegno limitato a non meno di 4 ore giornaliere. Resta fermo quanto stabilito precedentemente, relativamente alla durata massima del contratto e alle caratteristiche e modalità dell'attività formativa e lavorativa. Può essere previsto nel contratto lo svolgimento di prestazioni di lavoro straordinario.

Le ore di formazione concernenti il contratto di "part-time" sono le stesse di quelle previste per i contratti "full-time"; pertanto non meno di 130 ore.

B) Diplomati per attività infermieristiche e tecnico-sanitarie

Il contratto di formazione e lavoro ha la durata di 24 mesi.

La qualifica iniziale dà luogo in ogni caso all'inquadramento al terzo livello retributivo del c.c.n.l. (professionalità elevata-cat. A/2 di cui all'art. 16 della Legge 481/94) per i dipendenti degli studi professionali.

L'attività formativa e lavorativa del lavoratore assunto comporta lo svolgimento delle mansioni inerenti la qualifica professionale posseduta, con graduale sviluppo nel tempo dell'impegno operativo autonomo in rapporto alla progressiva acquisizione di conoscenze pratiche e di esperienza tecnico-professionale.

Il titolare dello studio curerà personalmente, o attraverso suoi collaboratori, il perfezionamento teorico e l'addestramento pratico del lavoratore nelle specifiche mansioni professionali e all'uso delle apparecchiature e degli strumenti di competenza.

La durata dell'attività di perfezionamento teorico nell'arco dei 24 mesi, sarà direttamente proporzionale alle specifiche conoscenze richieste dalla qualifica del lavoratore e non potrà essere inferiore ad almeno 130 ore di formazione da effettuarsi in luogo delle prestazioni lavorative.

I livelli di formazione da raggiungere al termine dei 24 mesi, consiste in un elevato grado di capacità tecnico-operativa nello svolgimento delle mansioni di competenza e nella corretta utilizzazione delle attrezzature tecniche normalmente in uso negli studi e presidi sanitari similari, tale da consentire anche l'inquadramento al secondo livello in caso di assunzione a tempo indeterminato, laddove ne ricorrano le condizioni a norma del contratto collettivo di lavoro della categoria.

Il contratto di formazione e lavoro a tempo parziale può essere stipulato presso gli studi medici e odontoiatrici per un impegno non superiore a 24 ore settimanali. Può essere previsto nel contratto lo svolgimento di prestazioni di lavoro straordinario. Le ore di formazione previste per i contratti di "part-time" sono le stesse di quelle previste per i contratti "full-time"; pertanto non meno di 130 ore.

C) Altri diplomati o qualificati per mansioni di concetto operativamente autonome che comportino particolari conoscenze ed esperienze tecnico professionali comunque acquisite con eventuale coordinamento esecutivo dell'attività di altri dipendenti

D) Altri diplomati o qualificati per mansioni d'ordine che richiedono specifiche conoscenze e particolari capacità tecnico-pratiche

E) Lavoratori che svolgono esclusivamente mansioni d'ordine con adeguate conoscenze tecnico-pratiche

Il contratto di formazione e lavoro ha la durata massima di 24 mesi per i lavoratori assunti per l'espletamento delle mansioni di cui al punto C), di 18 mesi per i lavoratori di cui al punto D), e di 12 mesi per quelli assunti con semplici mansioni di cui al punto E).

La qualifica iniziale dà luogo all'inquadramento, nel primo caso, al terzo livello retributivo (professionalità elevata cat. A2 di cui all'art.16 della Legge 481/94), nel secondo caso al quarto livello super e, al terzo caso al quarto livelli del contratto collettivo nazionale per i dipendenti degli studi professionali.

L'attività formativa e lavorativa comporta l'applicazione allo svolgimento delle mansioni inerenti la qualifica professionale a cui si riferisce il contratto. Essa ha inizio con un periodo di addestramento teorico di durata variabile, ma non inferiore a 5 giorni lavorativi, nel corso del quale saranno fornite al lavoratore le nozioni essenziali sulla natura e sulle caratteristiche dell'attività dello studio, sull'organizzazione del lavoro, sulle attribuzioni e le responsabilità delle singole figure professionali operanti nello studio, nonché i necessari elementi tecnici di base sulle mansioni specifiche che il neo-assunto dovrà espletare.

Il lavoratore intraprenderà quindi l'effettivo svolgimento dell'attività lavorativa sotto la guida del titolare dello studio o di un suo collaboratore appositamente incaricato, il quale avrà cura di assicurare il successivo, graduale insegnamento teorico pratico sulle mansioni affidate, con particolare riguardo all'eventuale utilizzazione di apparecchiature, macchine e strumenti di competenza.

La durata dell'insegnamento teorico, per i soggetti di cui alla lettera C) del presente progetto è di 130 ore; per quelli di cui alla lettera D) è di 80 ore da dedurre alla formazione in luogo della prestazione lavorativa.

Per i soggetti di cui alla lettera E) del presente progetto, il contratto deve prevedere una formazione minima non inferiore a 20 ore di base relativa alla disciplina del rapporto di lavoro, all'organizzazione del lavoro, nonché alla prevenzione ambientale e antinfortunistica.

Il livello di formazione da raggiungere al termine del contratto consiste in un elevato grado di capacità e di autonomia tecnico-operativa nelle mansioni proprie della qualifica, tale da consentire, in una successiva assunzione a tempo indeterminato presso il medesimo o altro studio professionale, l'attribuzione delle mansioni stesse e l'inquadramento nel corrispondente livello retributivo contrattuale.

Il contratto di formazione e lavoro a tempo parziale può essere stipulato presso gli studi medici e odontoiatrici per un impegno non superiore a 24 ore settimanali. Può essere previsto nel contratto lo svolgimento di prestazioni di lavoro straordinario.

Le ore di formazione per i contratti "part-time" sono le stesse di quelle previste per i contratti "full-time"; pertanto non meno di 130 ore per i soggetti di cui alla lettera C); non meno di 80 ore per i soggetti di cui alla lettera D) e non meno di 20 per i soggetti di cui alla lettera E).

Stipula del contratto individuale

Nel contratto di formazione e lavoro stipulato in attuazione del presente progetto, il titolare dello studio medico dovrà precisare, oltre alla qualifica di assunzione, i contenuti specifici dell'attività formativa e lavorativa riferiti alla qualifica medesima.

Il contratto sarà sottoposto alla preventiva approvazione del Consiglio direttivo dell'Ordine il quale avrà la facoltà di indicare in via generale, per ciascuna qualifica, i contenuti specifici dell'attività formativa e lavorativa.

Attestato finale

Alla scadenza del contratto di formazione e lavoro di cui al comma 2, lett. a) dell'art. 16, D.L. 16 maggio 1994, n. 299, coordinato con legge di conversione 19 luglio 1994, n. 451, (lett. A) - B) - C) e D) del nostro progetto), il datore di lavoro, utilizzando il modello predisposto dal Ministero del Lavoro, trasmette alla Sezione circoscrizionale per l'impiego, competente per territorio, idonea certificazione dei risultati conseguiti dal lavoratore interessato. Le strutture competenti delle Regioni possono accettare il livello di formazione acquisito dal lavoratore.

Alla scadenza del contratto di formazione e lavoro di cui alla lett. b) del citato comma 2 (lett. E) del nostro progetto), il datore di lavoro rilascia al lavoratore un attestato sull'esperienza svolta.

Nei riguardi dei giovani medici, l'Ordine provinciale di appartenenza, sulla base della dichiarazione del titolare dello studio, rilascia a sua volta un attestato di qualificazione professionale con l'indicazione:

- della generalità completa, dei titoli accademici e professionali e degli esami dell'iscrizione all'Albo di entrambe le parti del rapporto;
- il settore o i settori nei quali si è prevalentemente svolta l'attività formativa;
- le esperienze più significative compiute dal giovane medico nel corso del rapporto.

Rinvio alla contrattazione collettiva

Nei confronti dei lavoratori assunti con il contratto di formazione e lavoro in attuazione del presente progetto si applicano le norme del contratto collettivo nazionale di lavoro per i dipendenti degli studi professionali 10 dicembre 1992.

Validità del progetto

Il presente progetto è applicabile, ai fini della stipula dei contratti di formazione e lavoro, a decorrere dal 18 aprile 1996.

ELENCO ATTIVITA' DI CUI AL PRESENTE PROGETTO DI
FORMAZIONE E LAVORO PER LE QUALI E' PRESCRITTA
L'ABILITAZIONE ALL'ESERCIZIO PROFESSIONALE

- 1) Medicina generale
- 2) Anatomia patologica
- 3) Anestesia e rianimazione
- 4) Chirurgia generale
- 5) Ginecologia ed ostetricia
- 6) Malattie dell'apparato respiratorio
- 7) Medicina interna
- 8) Neurochirurgia
- 9) Neurologia
- 10) Oftalmologia
- 11) Ortopedia e traumatologia
- 12) Otorinolaringoiatria
- 13) Pediatria
- 14) Psichiatria
- 15) Urologia
- 16) Allergologia e immunologia clinica
- 17) Cardiologia
- 18) Chirurgia dell'apparato digerente ed endoscopia digestiva chirurgica
- 19) Chirurgia maxillo facciale
- 20) Chirurgia pediatrica
- 21) Chirurgia plastica e ricostruttiva
- 22) Chirurgia toracica
- 23) Chirurgia vascolare
- 24) Dermatologia e venerologia
- 25) Ematologia
- 26) Endocrinologia
- 27) Gastroenterologia e endoscopia digestiva
- 28) Malattie infettive
- 29) Medicina del lavoro
- 30) Medicina fisica e riabilitazione
- 31) Medicina nucleare
- 32) Medicina tropicale
- 33) Microbiologia e virologia
- 34) Nefrologia
- 35) Neuropsichiatria infantile
- 36) Odontostomatologia
- 37) Radiologia
- 38) Reumatologia
- 39) Biochimica clinica
- 40) Patologia clinica

QUALIFICHE

A) Laureati - II livello - 24 mesi

- Medici-Chirurghi
- Odontoiatri
- Biologi
- Chimici
- Fisici
- Psicologi
- Altre lauree aventi attinenza con l'attività e le esigenze organizzative dello studio

B) Diplomati per attività infermieristiche e tecnico-sanitarie - III livello - 24 mesi

- Infermieri professionali
- Infermieri pediatrici
- Dietisti
- Assistenti sanitari
- Tecnici di radiologia medica
- Tecnici di laboratorio
- Tecnici di fisiopatologia (nei diversi indirizzi)
- Terapisti della riabilitazione (nei diversi indirizzi)
- Audioprotesisti
- Igienisti dentale
- Odontotecnici

C) Altri diplomati o qualificati per mansioni di concetto operativamente autonome che comportino particolari conoscenze ed esperienze tecnico professionali comunque acquisite con eventuale coordinamento esecutivo dell'attività di altri dipendenti - III livello - 24 mesi

- Segretari di concetto
- Analisti chimici
- Terapisti di riabilitazione
- Contabili di concetto

- Segretari unici che svolgono, in piena autonomia e sulla scorta di particolari esperienze mansioni promiscue di concetto e di ordine e che intrattengono anche rapporti con la clientela

D) Altri diplomati o qualificati per mansioni d'ordine che richiedono specifiche conoscenze e particolari capacità tecnico pratiche - IV livello super - 18 mesi

- Programmatori meccanografici
- Infermieri generici medici e odontoiatri addetti alla accettazione clienti, registrazione dati, consegna referti clinici
- Assistenti dentali
- Segretari unici con cumulo di mansioni esclusivamente di ordine che eventualmente tengono contatti informativi con la clientela

E) Lavoratori che svolgono esclusivamente mansioni d'ordine con adeguate conoscenze tecnico pratiche - IV livello - 12 mesi

- Contabili d'ordine
- Addetti ai servizi esterni per il disbrigo di commissioni presso Enti, Istituti e Uffici pubblici e privati
- Datilografi

ORARIO

PART-TIME: minimo 12 ore / massimo 24 ore settimanali
minimo 4 ore giornaliere

FULL-TIME: 40 ore settimanali / 8 ore giornaliere

MODALITÀ DI COMPILAZIONE DEL CONTRATTO DI FORMAZIONE LAVORO

1. Fare 5 copie dello schema tipo e del modulo allegato;
2. Riempire gli schemi ed i moduli allegati, negli spazi appositi, secondo quanto scritto nelle spiegazioni;
3. Apporre le firme in originale ed il timbro del medico, sotto la firma dello stesso, sia negli schemi che nei moduli;
4. Consegnare all'Ordine dei Medici le 5 copie per il visto di conformità;
5. Ritirare 3 copie del contratto vistato
 - 1 copia per il lavoratore;
 - 1 copia per il datore di lavoro;
 - 1 copia da presentare dopo circa 20 giorni all'Ufficio di collocamento, insieme al libretto di lavoro.

MEDICINA DI GRUPPO

I Dottori

- 1) _____ Numero Regionale _____
- 2) _____ Numero Regionale _____
- 3) _____ Numero Regionale _____
- 4) _____ Numero Regionale _____
- 5) _____ Numero Regionale _____
- 6) _____ Numero Regionale _____

ai sensi dell'art. 40 dell'A.C.N. per la Medicina Generale, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 220 del 19/09/1996, supplemento ordinario n. 154, concordano di realizzare una forma di medicina di gruppo, secondo i seguenti principi e criteri organizzativi:

- l'associazione è libera, volontaria e paritaria;
- del gruppo possono far parte soltanto medici che svolgono in modo esclusivo l'attività di medico convenzionato nello stesso ambito di scelta determinato dalla Regione;
- la sede della medicina di gruppo è unica ed articolata in più studi medici;
- del gruppo fanno parte non meno di tre e non più di sei medici di medicina generale;
- ciascun medico può far parte soltanto di un gruppo;
- ciascun partecipante al gruppo è disponibile a svolgere la propria attività anche nei confronti degli assistiti degli altri medici del gruppo, anche mediante l'accesso reciproco agli strumenti di informazione di ciascun medico pur nella tutela dei fondamentali principi del rapporto fiduciario e della libera scelta da parte dell'assistito;
- deve prevedersi la disciplina dell'esecuzione delle prestazioni incentivanti nell'ambito del gruppo;
- la distribuzione degli orari di presenza dei singoli medici nella sede della medicina di gruppo prevede che ciascuno di essi sia presente per almeno quattro giorni la settimana quando nel quinto giorno sia impegnato in altre attività previste dall'accordo, come consulti con specialisti, accessi in luoghi di ricovero, assistenza a pazienti non deambulabili, ecc.; altrimenti la presenza deve essere garantita per cinque giorni la settimana;
- in ogni caso deve essere assicurata l'assistenza nello studio per almeno sei ore giornaliere, distribuite nel mattino e nel pomeriggio secondo un orario determinato dai medici in rapporto alle esigenze della popolazione assistita. Nella giornata di sabato e nei giorni prefestivi deve essere assicurata presso la sede la ricezione delle richieste di visite domiciliari, anche mediante l'uso di segreteria telefonica;
- a ciascun medico del gruppo vengono liquidate le competenze relative alle scelte di cui è titolare;
- non possono effettuarsi variazioni di scelta all'interno del gruppo senza l'autorizzazione del medico titolare della scelta e la richiesta in tal senso dell'assistito;
- all'interno del gruppo può adottarsi il criterio della rotazione interna per ogni tipo di sostituzione, anche per quanto concerne la partecipazione a congressi, corsi di aggiornamento o di formazione permanente, ecc., allo scopo di favorire una costante elevazione della professionalità;
- la suddivisione delle spese di gestione dell'ambulatorio viene liberamente concordata tra i componenti del gruppo;

Lo studio della Medicina di gruppo è sito in _____

Via _____ n. _____ cap. _____

L'orario dello studio è il seguente:

	MATTINA	POMERIGGIO
Lunedì	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____
Martedì	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____
Mercoledì	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____
Giovedì	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____
Venerdì	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____

L'orario di presenza nello studio per ogni singolo medico è il seguente:

1) Dott. _____

	MATTINA	POMERIGGIO
Lunedì	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____
Martedì	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____
Mercoledì	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____
Giovedì	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____
Venerdì	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____

2) Dott. _____

	MATTINA	POMERIGGIO
<u>Lunedì</u>	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____
<u>Martedì</u>	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____
<u>Mercoledì</u>	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____
<u>Giovedì</u>	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____
<u>Venerdì</u>	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____

3) Dott. _____

	MATTINA	POMERIGGIO
<u>Lunedì</u>	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____
<u>Martedì</u>	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____
<u>Mercoledì</u>	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____
<u>Giovedì</u>	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____
<u>Venerdì</u>	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____

4) Dott. _____

	MATTINA	POMERIGGIO
<u>Lunedì</u>	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____
<u>Martedì</u>	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____
<u>Mercoledì</u>	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____
<u>Giovedì</u>	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____
<u>Venerdì</u>	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____

OMU

5) Dott. _____		
	MATTINA	POMERIGGIO
Lunedì	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____
Martedì	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____
Mercoledì	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____
Giovedì	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____
Venerdì	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____

6) Dott. _____		
	MATTINA	POMERIGGIO
Lunedì	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____
Martedì	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____
Mercoledì	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____
Giovedì	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____
Venerdì	dalle _____ alle _____	dalle _____ alle _____

L'orario dei singoli medici è affisso nello studio.

Qualora si verificassero variazioni dell'orario generale o dell'orario particolare di ciascun medico i sottoscritti si impegneranno a notificarle alla Azienda USL di competenza e all'Ordine dei Medici.

Firma _____

Firma _____

Firma _____

Firma _____

Firma _____

Firma _____

DATA _____

DOMANDA DI CONCORSO (in carta semplice)

**AL SIGNOR PRESIDENTE DELL'ORDINE
PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E
DEGLI ODONTOIATRI DI.....**

Il/la sottoscritto/a

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare al concorso pubblico per

A tal fine il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 26 L. 4 gennaio 1968, n. 15), pena l'esclusione dal concorso, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____, il _____;
- codice fiscale _____;
- di essere residente in _____ prov. _____;
- in via _____, Tel _____;
- di essere in possesso della cittadinanza _____ (italiana o di Stato appartenente all'Unione europea);
- di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____ (se non iscritto/a indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste); se cittadino di uno dei paesi dell'U.E., di godere dei diritti civili e politici dello Stato di appartenenza o di provenienza, ovvero _____;
- di non aver riportato condanne penali e di non avere carichi pendenti (in caso contrario indicare le eventuali condanne penali riportate e gli eventuali carichi pendenti);
- di essere in possesso del diploma di _____ conseguito presso l'istituto _____ in data _____;
- di essere, nei riguardi degli obblighi militari di leva, nella posizione _____;
- di avere diritto ai seguenti titoli di preferenza o precedenza, ex art. 5 DPR n. 487 del 9.5.1994, _____;
- di non avere precedentemente prestato servizio presso pubbliche amministrazioni ovvero i servizi prestati e le eventuali cause di risoluzione _____;
- di possedere (se cittadino di un paese dell'U.E.) adeguata conoscenza della lingua italiana.

Il/La sottoscritto/a dichiara, infine, di aver preso visione del relativo bando di concorso e di accettare tutte le condizioni in esso stabilite.

Il/la sottoscritto/a chiede che ogni comunicazione relativa al presente concorso sia inviata con la seguente intestazione e indirizzo impegnandosi a comunicare le eventuali variazioni successive e riconoscendo che l'ente non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario:

.....

(indirizzo comprensivo del numero di codice di avviamento postale)

recapito telefonico

FIRMA

.....

Luogo e data

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi della legge 4 gennaio 1968 n. 15 che il/la Sig./ra _____ identificato a mezzo di _____ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

DATA

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

.....