

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI  
VACANTI  
DI ASSISTENZA PRIMARIA  
(PER TRASFERIMENTO ANNO 2018)**

Bollo 16 €

n. identificativo della marca da bollo  
(in caso di invio della domanda a mezzo pec)

**Nr.** \_\_\_\_\_

**ASSL CAGLIARI  
Via Pier della Francesca, 1  
09047 Selargius (CA)**

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ M ☐ F ☐ codice fiscale \_\_\_\_\_ Residente  
a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_.

A far data dal \_\_\_\_\_ è residente nel territorio della Regione \_\_\_\_\_; titolare di  
incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso Area socio sanitaria locale di  
\_\_\_\_\_ per l'ambito territoriale di \_\_\_\_\_ della Regione  
\_\_\_\_\_ dal \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2, lettera a) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale del 23/03/2005 e  
s.m.i., per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione  
Autonoma della Sardegna n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, e segnatamente per i seguenti incarichi:

ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- ☐ la propria residenza  
☐ il domicilio sotto indicato

c/o \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_.

Allega alla presente, **unitamente alla copia fotostatica del documento di identità**, la documentazione o autocertificazione e  
dichiarazione sostitutiva, atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico per trasferimento 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.

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente in materia, che i dati personali raccolti saranno  
trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma per esteso** \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
(Art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

**(PER TRASFERIMENTO ANNO 2018)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ ai sensi e agli  
effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere,  
di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. citato,

**dichiara di:**

- essere residente nella Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- essere attualmente titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso l'ambito territoriale n° \_\_\_\_\_ dell'Area socio sanitaria locale di \_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, (\*) con una anzianità complessiva di 1° incarico a tempo indeterminato decorrente dal \_\_\_\_\_;
- aver prestato servizio, continuativo quale medico per l'assistenza primaria a tempo indeterminato:
  - dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (\*) al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (\*) ambito territoriale n. \_\_\_\_\_ ASL di \_\_\_\_\_;
  - dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (\*) al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (\*) ambito territoriale n. \_\_\_\_\_ ASL di \_\_\_\_\_;
  - dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (\*) al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (\*) ambito territoriale n. \_\_\_\_\_ ASL di \_\_\_\_\_;
- aver sospeso il servizio, quale medico convenzionato per l'assistenza primaria a tempo indeterminato:
  - dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (\*) al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (\*) per \_\_\_\_\_;
  - dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (\*) al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (\*) per \_\_\_\_\_;
  - dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (\*) al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (\*) per \_\_\_\_\_;
  - dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (\*) al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (\*) per \_\_\_\_\_;

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente in materia, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 47, comma 1 3 art. 38, comma 3, del DPR n. 445/2000 la dichiarazione sostitutiva di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

\* Indicare giorno, mese, anno; la data indicata per i servizi ricoperti deve essere quella di conferimento della titolarità da parte dell'Area Socio Sanitaria Locale.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ**  
(art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

**(PER TRASFERIMENTO ANNO 2018)**

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ iscritto all'Albo dei \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_ ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. citato,

**dichiara 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 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale del 23/03/2005 con massimale di n. \_\_\_\_\_ scelte e con n. \_\_\_\_\_ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di \_\_\_\_\_ ASSL di \_\_\_\_\_ periodo dal \_\_\_\_\_;
- 3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la pediatria di libera scelta del 15/12/2005 con massimale di n. \_\_\_\_\_ scelte ASSL di \_\_\_\_\_ periodo dal \_\_\_\_\_;
- 4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno (2);  
ASSL di \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_
- 5) svolgere/non svolgere (1) attività di medico specialista ambulatoriale accreditato (2)  
Provincia \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ periodo dal \_\_\_\_\_;
- 6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 c 5, decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:  
ASSL di \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
Tipo di attività \_\_\_\_\_ periodo dal \_\_\_\_\_;
- 7) essere/non essere (1) titolare di incarico nella continuità assistenziale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione Sardegna o in altra regione (2): Regione \_\_\_\_\_ ASSL di \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ in forma attiva - in forma di disponibilità (1);
- 8) essere/non essere (1) titolare di incarico nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione Sardegna o in altra regione (2): Regione \_\_\_\_\_ ASSL di \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ in forma attiva - in forma di disponibilità (1);
- 9) 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 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:  
Denominazione del corso: \_\_\_\_\_  
Soggetto pubblico che lo svolge \_\_\_\_\_  
Inizio dal \_\_\_\_\_;
- 10) 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 ASSL ai sensi dell'art. 8 - quinquies del D.L.vo 502/92 e successive modificazioni (2):  
Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
Tipo di attività \_\_\_\_\_  
Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
Periodo dal \_\_\_\_\_;
- 11) 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 \_\_\_\_\_;

- 12) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della legge n. 626/93

ASSL di \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Periodo dal \_\_\_\_\_;

- 13) svolgere/non svolgere (1), per conto dell'INPS dell'ASSL di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte (2) ;

Area socio sanitaria locale di \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Periodo dal \_\_\_\_\_;

- 14) 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 \_\_\_\_\_

---

- 15) essere/non essere (1) titolare o partecipante di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

- 16) 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 \_\_\_\_\_;

- 17) 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 \_\_\_\_\_;

- 18) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato (1) (2):

ASSL di \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ ore sett \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Periodo dal \_\_\_\_\_;

- 19) 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 \_\_\_\_\_;

- 20) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a (2):

Periodo dal

---

- 21) fruizione/non fruizione (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 \_\_\_\_\_

---

---

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma**

---

Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del DPR n. 445/2000 **la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.**

(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".