

Allegato 4

Al Direttore Generale
ASST BRIANZA
Via Santi Cosma e Damiano 10
20871 Vimercate MB

BOLLO €16,00

**DOMANDA DI INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA AZIENDALE AVENTE DURATA DI UN ANNO
PER L'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI PROVVISORI E DI SOSTITUZIONE NEL RUOLO UNICO DI
ASSISTENZA PRIMARIA E NELLA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA**

Il/La sottoscritto/a dott./dr.ssa _____

Nato/a a _____ il _____

residente a _____ CAP _____

via/piazza _____ n. _____

CHIEDE

di essere inserito/a nella graduatoria aziendale per l'assegnazione di incarichi provvisori e/o di sostituzione nel settore afferente a: (**barrare la casella o le caselle opzionate**)

- RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA**
- RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA**
- PEDIATRIA DI FAMIGLIA**

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. 445 del 28 dicembre 2000 il sottoscritto, ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R.

DICHIARA

- 1 di essere cittadino italiano;
- 2 di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE (specificare) _____;
- 3 di essere cittadino del seguente Stato _____ ed in possesso di uno dei requisiti di cui all'art.38, commi 1 e 3bis del D.lgs n.165/2001 e s.m.i.

Possono chiedere l'iscrizione i familiari di cittadini europei non aventi la cittadinanza di uno Stato membro che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente, i cittadini di Paesi terzi che siano titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o che siano titolari dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria;

- 4 di avere subito condanne penali e/o di avere procedimenti penali in corso:
- a. sì (indicare quali) _____
- b. no
- 5 di essere in possesso dei seguenti titoli richiesti dal bando:
- diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di _____
in data _____ con voto _____
 - di aver avuto l'abilitazione all'esercizio della professione presso l'Università di _____ nella sessione ____ anno _____
 - di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____
a decorrere dal _____ con n. di iscrizione _____
- 6 di essere iscritto ad un Corso di Specializzazione o di essere titolare di borse di studio pubbliche:
- a. sì (indicare quale e dove) _____
- b. no
- 7 di essere attualmente titolare di un rapporto di lavoro dipendente:
- a. sì presso _____

- b. no
- 8 (per il ruolo ad attività oraria): di essere in possesso patente di guida cat. B o sup.
n. _____ conseguita in data _____
- 9 di essere in possesso di una personale copertura assicurativa, in corso di validità, all'atto dello svolgimento del servizio, per responsabilità civile verso terzi e danni derivanti dall'esercizio dell'attività professionale.
- 10 di accettare tutte le norme contenute nel presente avviso pubblico.

per il settore Assistenza Primaria:

- 11 di essere in possesso dell'Attestato di Formazione in Medicina Generale:
- sì, conseguito in data _____
presso _____
- no
- di frequentare il corso di Formazione specifica triennale in Medicina Generale
presso _____ (specificare l'anno di corso
_____)

per il settore Pediatria di Famiglia:

12 di essere in possesso del diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti (specificare _____) ai sensi della tabella B del DM 30 gennaio 1998 e s.m.i. , conseguito in data _____, con la seguente votazione _____

Allega alla presente domanda:

- Fotocopia (fronte retro) della carta di identità in corso di validità**
- Dichiarazione informativa per la medicina generale compilata e sottoscritta**
- Dichiarazione informativa per la pediatria di libera scelta compilata e sottoscritta.**

(LA MANCANZA DEGLI ALLEGATI COMPORTA L'INAMMISSIBILITA' DELLA DOMANDA);

Chiede che ogni eventuale comunicazione relativa alla presente domanda venga inoltrata al seguente indirizzo:

via/piazza _____ n. _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

tel. _____ cell. _____

e-mail _____

pec: _____

e si impegna a comunicare le eventuali successive variazioni, esonerando l'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) Brianza da qualsiasi responsabilità in caso di sua irreperibilità presso l'indirizzo dichiarato.

Ai sensi del Regolamento Europeo GDPR n. 679/2016 i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso l'Azienda per la gestione dell'avviso nonché, successivamente all'eventuale instaurazione dell'incarico, per finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo. Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione pena l'esclusione dall'avviso. Il candidato gode dei diritti di cui al citato Regolamento, che potranno essere fatti valere nei confronti dell'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale della Brianza.

Luogo e data _____

FIRMA

DICHIARAZIONE INFORMATIVA – Norma finale 9 A.C.N. medicina generale -

(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

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

Nato/a a..... il..... residente in.....

Via/Piazza..... n..... iscritto all'Albo

dei.....della Provincia di.....C.R.....,

ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

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 del D.Lgs. 9 aprile 2008 n. 81:
 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 scrive: 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.

Data _____

In fede

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"

DICHIARAZIONE INFORMATIVA –Norma finale 4 A.C.N. pediatria di libera scelta

(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il sottoscritto dr. _____
nato a _____ il _____
residente a _____
Via / P.zza _____ n. _____
iscritto all'Albo dei _____
della Provincia di _____
ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445

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 medicina generale ai sensi del
relativo Accordo Collettivo Nazionale 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)

Azienda _____
Branca _____ ore sett. _____

Azienda _____
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 nelle
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, stabilimento, istituzioni private convenzionate o accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 della Legge 833/78: (2)

Organismo _____
Ore settimanali _____ Via _____
Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

7. Operare / non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimento, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 della Legge 833/78: (2)

Organismo _____
Ore settimanali _____ 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 settimanali _____ Via _____
Comune di _____
Periodo: dal _____

9. Svolgere / non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)

Azienda _____
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 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 _____

12. Operare / non operare (1) a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi altro soggetto pubblico (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1,2,3 o ai rapporti convenzionato ai nn. 4,5,6,7):

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 corrispondo al vero.

In fede.

Data _____

(FIRMA)

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) completare con le notizie richieste, qualora lo spazio fosse insufficiente utilizzare in calce al foglio alla voce "NOTE"