

Allegato 5

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Norma finale n 9 A.C.N. medicina generale

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.....,

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del d.P.R. 28.12.2000 n.445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

Dichiara formalmente di

1. essere / non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale (2):
Soggetto.....
ore settimanali
Via..... Comune di.....
Tipo di rapporto di lavoro.....
Periodo: dal.....
2. esercitare / non esercitare (1) altre attività o sia titolare o compartecipe delle quote di imprese che possano configurare conflitto di interessi con il Servizio Sanitario Nazionale.
3. svolgere /non svolgere (1) attività di medico specialista ambulatoriale accreditato con il S.S.N.
4. svolgere/ non svolgere (1) attività di specialista ambulatoriale interno, veterinario ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) o di pediatra di libera scelta
5. svolgere / non svolgere (1) funzioni fiscali per conto dell'Azienda di iscrizione o dell'INPS nell'ambito territoriale in cui esercita attività a ciclo di scelta e/o attività oraria, fatti salvi gli incarichi di medicina dei servizi territoriali (2):
Azienda.....
Comune di..... Periodo: dal.....
6. fruire / non fruire (1) del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale.
7. essere / non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore
8. ovvero operi, a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N.
9. intrattenere / non intrattenere (1) con una Azienda un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 8- quinquies del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni.

10. essere / non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale, fatto salvo quanto previsto all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 e all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, o ai corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999, n. 368 e successive modifiche ed integrazioni o a quanto previsto dalle norme vigenti in materia (2):
 Denominazione del corso
 Soggetto pubblico che lo svolge.....
 Inizio: dal
11. fruire / non fruire /1) di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente.
12. esercitare / non esercitare attività libero professionale (1) (2)
 Soggetto.....
 ore settimanali
 Via..... Comune di.....
 Tipologia di attività.....
 Periodo dal
13. svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008 n. 81 (2):
 Azienda..... ore sett.....
 Via.....
 Comune di..... Periodo: dal.....

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ad ASST Brianza ogni modifica relativa alla propria condizione professionale.

NOTE:

.....

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

Data _____

In fede

Firma digitale

(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"

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Norma finale 4 A.C.N. pediatria di libera scelta

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.....,

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del d.P.R. 28.12.2000 n.445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi

Dichiara formalmente di

essere / non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale (2):

Soggetto.....

ore settimanali

Via..... Comune di.....

Tipo di rapporto di lavoro.....

Periodo: dal.....

essere / non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il SSN, ai sensi del DPR n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

esercitare / non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con SSN o sia titolare o partecipante di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il SSN;

svolgere / non svolgere (1) attività di medico specialista ambulatoriale accreditato con il SSN;

svolgere / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale o di specialista ambulatoriale interno, veterinario ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi);

svolgere / non svolgere (1) funzioni fiscali per conto dell'Azienda o dell'INPS limitatamente all'ambito territoriale di scelta;

fruire / non fruire (1) del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

operare / non operare (1) a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il SSN;

intrattenere / non intrattenere (1) con una Azienda un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 15-
octies del D.Lgs. 30 dicembre 1992 e successive modificazioni ed integrazioni;

essere / non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni, fatto salvo quanto previsto dalle norme vigenti in materia;

fruire / non fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente;

14. esercitare / non esercitare attività libero professionale (1) (2)

Soggetto.....
ore settimanali
Via..... Comune di.....
Tipologia di attività.....

Periodo dal

15. svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008 n. 81 (2):

Azienda..... ore sett.....
Via.....
Comune di..... Periodo: dal.....

Il/la sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente ad ASST Brianza ogni modifica relativa alla propria condizione professionale.

NOTE:

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

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

Data _____

In fede

Firma digitale

(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"