D.D.G. n. 1346/2026

REPUBBLICA ITALIANA

R E G I O N E S I C I L I A N A

ASSESSORATO DELLA SALUTE
DIPARTIMENTO REGIONALE PER LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA

IL DIRIGENTE GENERALE

"BANDO INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE 1° SETTEMBRE 2026"

VISTO lo Statuto della Regione Siciliana;

VISTA la legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale del 23/12/78 n. 833;

VISTO il D.L.vo 502/92, come modificato ed integrato con il D.L.vo 517/93, e ulteriormente modificato con D.L.vo 229/99;

VISTO l'Accordo Collettivo Nazionale dei Medici di Medicina Generale del 04/04/2024 e s.m.i;

VISTO l'art. 63 dell'A.C.N. 04/04/2024 che stabilisce i criteri per la copertura degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale;

VISTO l'art. 63 comma 5 dell'A.C.N. 04/04/2024 ai sensi del quale possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale i medici in possesso dell'attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione previsto ai sensi del successivo art. 66;

VISTO l'art. 63 comma 6 dell'A.C.N. 04/04/2024 ai sensi del quale possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti:

a) I medici titolari di incarico a tempo indeterminato per l'emergenza sanitaria territoriale in una Azienda della Regione Sicilia o in un'Azienda di altra Regione, a condizione che risultino titolari rispettivamente da almeno un anno e da almeno due anni dell'incarico dal quale provengono. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo si approssimano all'unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento;

b) I medici inclusi nella graduatoria regionale di medicina generale valida per l'anno 2026;

c) i medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valida per il 2026, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda;

d) i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale, non compresi nella lettera precedente;

e) i medici di cui all'art. 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale nella regione Sicilia;

f) i medici di cui all'art. 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale nella regione Sicilia;

VISTO il D.A n. 1210 dell'11/12/2020, con il quale è stato approvato il Protocollo di intesa sottoscritto tra l'Assessore Regionale alla Salute e le OO.SS. di categoria FIMMG, SNAMI e SMI e condiviso da INTESA SINDACALE, il quale prevede che il personale medico in possesso del solo attestato di idoneità all'esercizio delle attività di emergenza sanitaria territoriale, titolare di incarichi a tempo determinato nelle Aziende Sanitarie Provinciali della regione Sicilia, in possesso dei requisiti ivi previsti, può partecipare alle procedure di conferimento a tempo indeterminato degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale;

PRESO ATTO che , ai sensi del citato Protocollo di intesa, possono partecipare alle procedure di conferimento degli incarichi vacanti a tempo indeterminato di Emergenza Sanitaria Territoriale, in via subordinata rispetto agli aventi diritto alla titolarità, secondo i criteri e le modalità previste dall'A.C.N. e dall'Accordo integrativo regionale vigente, i medici che, alla data di pubblicazione del citato decreto, siano in possesso dei seguenti requisiti:

a) siano in possesso dell'attestato di idoneità all'attività di emergenza sanitaria;
b) abbiano prestato servizio con incarico provvisorio, conferito ai sensi dell'art. 97 dell'A.C.N. 2005 (sostituito dall'art. 67 dell'A.C.N. 28/04/2022), a tempo pieno per almeno due anni, anche non continuativi, nell'ultimo quinquennio in una della Aziende Sanitarie Provinciali del S.S.R.;
c) abbiano prestato il suddetto servizio convenzionale integralmente ed esclusivamente con attività direttamente connesse all'emergenza sanitaria territoriale;

VISTO l'art. 63 comma 7 dell'A.C.N. 04/04/2024, ai sensi del quale i medici già titolari di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale possono concorrere all'attribuzione degli incarichi vacanti solo per trasferimento;

VISTO il D.A. n. 696 del 02/08/2022 pubblicato sulla G.U.R.S. n. 40 del 26/08/2022 con il quale è stato reso esecutivo il nuovo Accordo Regionale di Emergenza Sanitaria Territoriale;

VISTO il D.D.G. n. 1391 del 5/12/25 (G.U.R.S. n. 54 del 19/12/25) e s.m.i., con il quale è stata approvata la Graduatoria Regionale definitiva di Medicina Generale valida per l'anno 2026;

VISTA la nota prot. n. 39278 del 24 agosto 2026 con la quale l'Amministrazione Regionale ha attivato le procedure di ricognizione, invitando le AA.SS.PP. ad individuare e comunicare gli ambiti carenti di Emergenza Sanitaria Territoriale relativi al 1° settembre 2026;

PRESO ATTO delle comunicazioni pervenute da parte delle Aziende Sanitarie Provinciali della Regione relativamente agli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale, sia per i PP.TT.EE. che per le ambulanze medicalizzate, vacanti al 1° settembre 2026;

RITENUTO di dover procedere alla pubblicazione degli incarichi di Emergenza Sanitaria Territoriale vacanti al 1° settembre 2026;

VISTO il D.P.R. n. 445/00 recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di semplificazione delle certificazioni amministrative;

VISTE le norme in materia di trasparenza e di pubblicità dell'attività amministrativa di cui all'art. 68 della L. R. 12 agosto 2014 n. 21 e s.m.i.;

D E C R E T A

ART. 1 Gli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale, PP.TT.EE. e Ambulanze Medicalizzate, accertati al 1° settembre 2026 e dei quali con il presente decreto si dispone la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana, sono quelli di seguito indicati distinti per Azienda Sanitaria Provinciale:

INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

1° SETTEMBRE 2026

ABZ / P.T.E.

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO

POSTAZIONI	INCARICHI	
- Agrigento Alfa 3	1	38 h settimanali;
- Agrigento Alfa 3	1	19 h settimanali;
- Automedica Alfa 1 c/o P.O. di Agrigento	1	38 h settimanali;
- P.T.E. Cammarata	1	19 h settimanali;
- M.S.A. Cammarata	2	38 h settimanali;
- M.S.A. Ribera	1	38 h settimanali;
- M.S.A. Ribera	1	19 h settimanali;

- P.T.E. Menfi	2	38 h settimanali;
- P.T.E. Menfi	1	19 h settimanali;
- M.S.A. Alfa 8 c/o P.O. di Sciacca	2	38 h settimanali;
- M.S.A. Alfa 8 c/o P.O. di Sciacca	1	19 h settimanali;
- M.S.A. Cianciana	2	38 h settimanali;
- M.S.A. Cianciana	1	19 h settimanali;

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CALTANISSETTA

POSTAZIONI	INCARICHI	
- Postazione ambulanza Charlie 6 Gela	4	38 h settimanali;
- Postazione ambulanza Charlie 6 Gela	1	19 h settimanali;
- P.T.E./ABZ San Cataldo	1	38 h settimanali;
- P.T.E./ABZ San Cataldo	1	19 h settimanali;
- P.T.E./ABZ Milena	1	38 h settimanali;
- P.T.E./ABZ Milena	1	19 h settimanali;
- P.T.E./ABZ Sommatino	2	38 h settimanali;
- P.T.E./ABZ Sommatino	1	19 h settimanali;
- M.S.A. Niscemi	3	38 h settimanali;
- M.S.A. Niscemi	1	19 h settimanali;

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANIA

POSTAZIONI	INCARICHI	
- A.B.Z. Adrano	2	38 h settimanali;
- A.B.Z. Bronte	2	38 h settimanali;
- P.T.E./ABZ Randazzo	7	38 h settimanali;
- A.B.Z. Vizzini	1	38 h settimanali;
- P.T.E./ABZ Grammichele	6	38 h settimanali;
- P.T.E./ABZ Mineo	4	38 h settimanali;
- C.O. 118CT-RG-SR	2	38 h settimanali;
- A.B.Z. Misterbianco	3	38 h settimanali;
- A.B.Z. Santa Marta	1	38 h settimanali;
- A.B.Z. CANNIZZARO Mike 1	1	38 h settimanali;
- A.B.Z. Pedara	1	38 h settimanali;
- A.B.Z. Gravina di Catania	2	38 h settimanali;

- A.B.Z. San Giovanni La Punta	1	38 h settimanali;
- P.T.E./ABZ Ramacca	2	38 h settimanali;
- A.B.Z. Paternò	2	38 h settimanali;

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA

POSTAZIONI	INCARICHI	
- M.S.A. Troina	2	38 h settimanali;
- M.S.A. Pietraperzia	2	38 h settimanali;
- M.S.A. Enna	2	38 h settimanali;

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI MESSINA

POSTAZIONI	INCARICHI	
- M.S.A. Messina NORD	3	38 h settimanali;
- M.S.A. Messina SUD	1	38 h settimanali;
- P.T.E. Scaletta Zanclea	4	38 h settimanali;
- ABZ Policlinico Messina	1	38 h settimanali;
- ABZ Saponara – Villafranca	2	38 h settimanali;
- M.S.A. Piemonte	2	38 h settimanali;
- P.T.E. Santa Teresa di Riva	1	38 h settimanali;
- P.T.E. Francavilla di Sicilia	1	38 h settimanali;
- ABZ Letojanni	2	38 h settimanali;
- ABZ Cesarò	1	38 h settimanali;
- ABZ Trappitello	1	38 h settimanali;
- P.T.E. Torregrotta	1	38 h settimanali;
- M.S.A. Milazzo	2	38 h settimanali;
- P.T.E. Nivara di Sicilia	1	38 h settimanali;
- P.T.E. Falcone	1	38 h settimanali;
- M.S.A. Barcellona Pozzo di Gotto	3	38 h settimanali;
- P.T.E. Brolo	3	38 h settimanali;
- ABZ Patti	1	38 h settimanali;
- P.T.E. Capo D'Orlando	1	38 h settimanali;
- P.T.E. Tortorici	4	38 h settimanali;
- M.S.A. S. Agata Militello	1	38 h settimanali;
- P.T.E. Santo Stefano di Camastra	3	38 h settimanali;

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI PALERMO

POSTAZIONI	INCARICHI	
- M.S.A. Monreale	2	38 h settimanali;
- M.S.A. Buccheri La Ferla	3	38 h settimanali;
- M.S.A. Belmonte Mezzagno	4	38 h settimanali;
- M.S.A. Politeama	2	38 h settimanali;
- M.S.A. Prizzi	1	38 h settimanali;
- M.S.A. Guadagna	2	38 h settimanali;
- P.T.E. Bagheria	2	38 h settimanali;
- M.S.A. Corleone	1	38 h settimanali;
- M.S.A. Misilmeri	1	38 h settimanali;

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI RAGUSA

POSTAZIONI	INCARICHI	
- P.T.E. Chiaramonte Gulfi	4	38 h settimanali;
- P.T.E. Chiaramonte Gulfi	1	19 h settimanali;
- P.T.E. Comiso	2	38 h settimanali;
- P.T.E. Comiso	1	19 h settimanali;
- ABZ/M.S.A. Modica	3	38 h settimanali;
- ABZ/M.S.A. Modica	1	19 h settimanali;
- P.T.E. Pozzallo	3	38 h settimanali;
- P.T.E. Pozzallo	1	19 h settimanali;
- ABZ/M.S.A. Ragusa	2	38 h settimanali;
- ABZ/M.S.A. Ragusa	1	19 h settimanali;
- P.T.E. Scicli	2	38 h settimanali;
- P.T.E. Scicli	1	19 h settimanali;
- ABZ/M.S.A. Vittoria	2	38 h settimanali;
- ABZ/M.S.A. Vittoria	1	19 h settimanali;

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI SIRACUSA

POSTAZIONI	INCARICHI	
- P.T.E./M.S.A. Palazzolo	1	38 h settimanali;
- P.T.E./M.S.A. Rosolini	2	38 h settimanali;
- P.T.E./M.S.A. Rosolini	1	19 h settimanali;

- P.T.E./M.S.A. Pachino	3	38 h settimanali;
- M.S.A. Sortino	2	38 h settimanali;
- M.S.A. Sortino	1	19 h settimanali;
- M.S.A. Augusta	1	38 h settimanali;
- M.S.A. Augusta	1	19 h settimanali;
- M.S.A. Siracusa	1	38 h settimanali;
- M.S.A. Siracusa	1	19 h settimanali;
- M.S.A. Ortigia	4	38 h settimanali;
- M.S.A. Ortigia	1	19 h settimanali;

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI TRAPANI

POSTAZIONI	INCARICHI	
- P.T.E. Favignana	2	38 h settimanali;
- M.S.A. 118 Petrosino	1	38 h settimanali;
- M.S.A. 118 Marsala	1	38 h settimanali;
- P.T.E. Salemi	1	38 h settimanali;
- M.S.A. 118 Castelvetrano	2	38 h settimanali;
- P.T.E. Favignana	1	19 h settimanali;
- P.T.E. San Vito Lo Capo	1	19 h settimanali;
- M.S.A. Trapani	1	19 h settimanali;
- M.S.A. 118 Marsala	1	19 h settimanali;
- M.S.A. 118 Petrosino	1	19 h settimanali;
- P.T.E. Salemi	1	19 h settimanali;

ART. 2 Possono concorrere al conferimento dei predetti incarichi, secondo il seguente ordine di priorità:

a) I medici che siano titolari di incarico a tempo indeterminato per l'emergenza sanitaria territoriale in una Azienda Sanitaria Provinciale della Regione Sicilia, diversa da quella per la quale si concorre, e nelle Aziende di altre Regioni, a condizione che risultino titolari, rispettivamente, da almeno un anno e da almeno due anni dell'incarico dal quale provengono. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo si approssimano all'unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento;

b) I medici inclusi nella graduatoria regionale definitiva di medicina generale valida per l'anno 2026;

c) i medici che abbiano acquisito il titolo formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valida per il 2026, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda;

d) i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale, non compresi nella lettera precedente;

e) i medici di cui all'art. 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale nella regione Sicilia;

f) i medici di cui all'art. 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale nella regione Sicilia;

g) i medici in possesso del solo attestato di idoneità all'attività di emergenza sanitaria, i quali abbiano prestato servizio con incarico provvisorio, conferito ai sensi dell'art. 67 dell'A.C.N. 28/04/2022, a tempo pieno per almeno due anni, anche non continuativi, nell'ultimo quinquennio in una della Aziende Sanitarie Provinciali del S.S.R., a condizione che il suddetto servizio sia stato prestato integralmente ed esclusivamente in attività direttamente connesse all'emergenza sanitaria territoriale.

ART. 3 I medici interessati, di cui al precedente art. 2, **entro 20 giorni a decorrere dalla pubblicazione del presente decreto sulla G.U.R.S.** (art. 63 comma 4 dell' A.C.N. del 04/04/2024) devono trasmettere all'Azienda Sanitaria Provinciale, a mezzo raccomandata A.R., apposita domanda di assegnazione di uno o più degli incarichi vacanti pubblicati, in conformità agli schemi allegati "A", "B" , "C", "D", "E", "F","G".

ART. 4 I medici di cui al punto a) del precedente art.2 sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato nell'emergenza sanitaria territoriale detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'art. 22 comma 1 dell'A.C.N. 04/04/2024.
Pertanto sono tenuti a compilare apposita dichiarazione ai sensi del D.P.R. 445/00 (all. "A1") atta a provare l'anzianità di servizio.
In caso di pari posizione, i medici saranno graduati nell'ordine secondo la minore età, il voto di laurea ed, infine, l'anzianità di laurea.

ART. 5 I medici di cui al punto b) del precedente art.2 sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

a) punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'art. 19;
b) punti 5 a coloro che nell'Azienda nella quale è vacante l'incarico per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;
c) punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico.

ART. 6 I medici di cui ai punti c) e d) del precedente art. 2 sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea, con priorità di interpello per i residenti nel territorio aziendale, nella Regione

Sicilia e da ultimo fuori Regione; gli stessi dovranno altresì allegare apposita dichiarazione ai sensi del D.P.R. 445/00 (all. “C 1” e “D1”).

ART. 7 I medici di cui ai punti e) ed f) sono graduati nel rispetto della annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima) a partire dalla data di effettivo inizio del corso, in base alla minore età al conseguimento del diploma di laurea, al voto di laurea ed all’anzianità di laurea con priorità di interpello per i residenti nel territorio aziendale, nella Regione Sicilia e da ultimo fuori Regione; gli stessi dovranno altresì allegare apposita dichiarazione ai sensi del D.P.R. 445/00 (all. “E 1” e “F 1”).

ART. 8 I medici di cui al punto g) del precedente art. 2 sono graduati sulla base del seguente ordine di priorità:

a) anzianità di servizio maturata in emergenza sanitaria territoriale (con frazione di mese superiore a 15 giorni considerata come mese intero);
b) minore età al conseguimento del diploma di laurea;
c) voto di laurea;
d) anzianità di laurea.

Pertanto dovranno altresì allegare apposita dichiarazione ai sensi del D.P.R. 445/00 (all. “G 1”);

ART. 9 In allegato alla domanda gli aspiranti devono inoltrare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante se alla data di presentazione della domanda abbiano in atto rapporti di lavoro dipendente, anche a titolo precario, trattamenti di pensione e se si trovino in posizione di incompatibilità, secondo lo schema allegato “H”.
Eventuali situazioni di incompatibilità devono cessare al momento dell’assegnazione dell’incarico e comunque prima del conferimento dello stesso.

ART. 10 Il medico che, in sede di convocazione, accetta l’incarico è cancellato dalla graduatoria regionale di medicina generale valida per l’anno 2026; il medico che accetta l’incarico per trasferimento decade dall’incarico di provenienza dalla data di decorrenza del nuovo incarico.

ART. 11 L’Azienda, espletate le formalità per l’assegnazione degli incarichi, in caso di assegnazione per trasferimento ad un medico proveniente da altra Regione, comunica all’Azienda di provenienza l’avvenuta accettazione dell’incarico ai fini di quanto previsto dal precedente art. 10.

ART. 12 L’Azienda conferisce definitivamente l’incarico a tempo indeterminato, ovvero l’incarico temporaneo ai medici di cui all’articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 o a quelli di cui all’articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, con provvedimento del Direttore Generale che viene comunicato all’interessato mediante PEC, con l’indicazione del termine di inizio attività, da cui decorrono gli effetti giuridici ed economici. Al medico con incarico temporaneo è corrisposto il trattamento economico di cui all’art. 68 dell’A.C.N. 04/04/2024.

ART. 13 Il Direttore Generale conferisce l’incarico a tempo indeterminato ai medici di cui all’articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 o a quelli di cui all’articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25

giugno 2019, n. 60, con decorrenza dalla data di conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale, previa acquisizione dell'autocertificazione del titolo.

Il mancato conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale entro il termine previsto dal corso di rispettiva frequenza, comporta la decadenza dell'incarico assegnato.

Il presente decreto sarà pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana e trasmesso al responsabile del procedimento di pubblicazione di contenuti sul sito istituzionale, ai fini dell'assolvimento dell'obbligo di pubblicazione online.

Palermo, 2 novembre 2026

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
(dott. Roberto Virzì)

ROBERTO VIRZI'
REGIONE SICILIANA
DIRIGENTE
30.10.2026 10:59:22
GMT+01:00

IL DIRIGENTE GENERALE
(dott.ssa Tatiana Agelao)

TATIANA AGELAO
REGIONE SICILIANA
02.11.2026 10:12:46
GMT+01:00

ALLEGATO "A"

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(PER TRASFERIMENTO)

Marca da Bollo

€ 16,00

All'Azienda Sanitaria Provinciale di

_____

Via _____

_____

Il sottoscritto dott._____
nato a _____ il _____
residente a _____ CAP _____ Via _____
tel. _____ cell. _____ titolare di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale presso l'A.S.P. di_____ , della Regione _____ dal _____e con anzianità complessiva di emergenza sanitaria territoriale pari a mesi _____
P.E.C._____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 63 comma 6 lett. a) dell' Accordo Collettivo Nazionale dei medici di medicina generale 04/04/2024, per l'assegnazione di uno dei seguenti incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al 1° settembre 2026, pubblicati sulla G.U.R.S n._____del_____ :

Postazione _____ASP di_____

Postazione _____ASP di_____

Postazione _____ASP di_____

Postazione _____ASP di_____

Postazione _____ASP di_____

Postazione _____ASP di_____

ACCLUDE

- Dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il possesso dei requisiti per concorrere al trasferimento e l'anzianità complessiva di incarico nell'Emergenza sanitaria territoriale (all. "A1");
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. "H");
- Copia fotostatica di un documento di identità. **(OBBLIGATORIA PENA L'ESCLUSIONE IN QUANTO PARTE INTEGRANTE DELLE SUPERIORI DICHIARAZIONI).**

Data _____ Firma _____

ALLEGATO "A1"

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto dott._____

nato a _____ il _____

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445 del 28/12/00 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

d i c h i a r a

a) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di_____ della Regione _____dal _____;

b) di vantare un'anzianità complessiva di servizio effettivo nell'emergenza sanitaria territoriale pari a mesi_____(1), e precisamente:

dal _____ al _____ presso _____;

dal _____ al _____ presso _____;

dal _____ al _____ presso _____;

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (2) (3)

Data _____ Firma (4) _____

(1) nel computo dell'anzianità complessiva vanno detratti gli eventuali periodi di sospensione dal rapporto convenzionale.

(2) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia".

(3) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

(4) ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

ALLEGATO "B"

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(PER GRADUATORIA SETTORE EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE 2026)

Marca da Bollo

€ 16,00

All'Azienda Sanitaria Provinciale di

_____

Via _____

_____

Il sottoscritto dott._____
nato a _____ il _____
residente a _____ CAP _____ Via _____
tel. _____ cell. _____inserito nella graduatoria regionale di medicina generale della Regione Siciliana valida per l'anno 2026 con punti _____
P.E.C._____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 63 comma 6 lett. b) dell' Accordo Collettivo Nazionale dei medici di medicina generale 04/04/2024, per l'assegnazione di uno dei seguenti incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al 1° settembre 2026, pubblicati sulla G.U.R.S. n._____ del_____:

Postazione _____ASP di _____

Postazione _____ASP di _____

Postazione _____ASP di _____

Postazione _____ASP di _____

Postazione _____ASP di _____

Postazione _____ASP di _____

ACCLUDE

- Autocertificazione comprovante il possesso dell'attestato di idoneità alle attività di E.S.T., l'eventuale titolarità di incarico a tempo indeterminato di C.A. e la residenza storica (all."B1");
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. "H");
- Copia fotostatica di un documento di identità. (**OBBLIGATORIA PENA L'ESCLUSIONE IN QUANTO PARTE INTEGRANTE DELLE SUPERIORI DICHIARAZIONI**).

Data _____ Firma _____

ALLEGATO "B1"

AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto dott._____

nato a _____ il _____

inserito nella graduatoria regionale di settore per l'emergenza sanitaria territoriale della Regione Siciliana valida per l'anno 2026 con punti_____

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/00 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

d i c h i a r a

a) di essere residente nel territorio della Regione Sicilia dal_____;

b) di essere residente presso il Comune di _____
dal _____.

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Data _____ Firma(2)(3) _____

(1) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia".

(2) ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

(3) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

ALLEGATO "C"

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(MEDICI IN POSSESSO DEL DIPLOMA DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE NON INSERITI IN GRADUATORIA)

Marca da Bollo

€ 16,00

All'Azienda Sanitaria Provinciale di

_____

Via _____

_____

Il sottoscritto dott._____
nato a _____ il _____
residente a _____ CAP _____ Via _____
tel. _____ cell. _____in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale conseguito il _____presso_____
P. E. C. (**obbligatoria**)_____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 63 comma 6 lett. c) dell' Accordo Collettivo Nazionale dei medici di medicina generale 04/04/2024, per l'assegnazione di uno dei seguenti incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al 1° settembre 2026, pubblicati sulla G.U.R.S. n._____ del_____:

Postazione _____ASP di _____

Postazione _____ASP di _____

Postazione _____ASP di _____

Postazione _____ASP di _____

Postazione _____ASP di _____

Postazione _____ASP di _____

ACCLUDE

- Autocertificazione (all."C1");
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. "H");
- Copia fotostatica di un documento di identità. (**OBBLIGATORIA PENA L'ESCLUSIONE IN QUANTO PARTE INTEGRANTE DELLE SUPERIORI DICHIARAZIONI**).

Data _____ Firma_____

ALLEGATO "C1"

AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto dott._____

nato a _____ il _____

in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito in data _____

presso l'Università _____con voto _____

d i c h i a r a

a) di essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale, conseguito presso _____ in data _____;
b) di essere in possesso dell'attestato di idoneità alle attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, conseguito presso _____ in data _____;

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1) (2)

Data _____ Firma _____

(1) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia".
(2) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

ALLEGATO "D"

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(MEDICI IN POSSESSO DEL DIPLOMA DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE)

Marca da Bollo

€ 16,00

All'Azienda Sanitaria Provinciale di

_____

Via _____

_____

Il sottoscritto dott._____
nato a _____ il _____
residente a _____ CAP _____ Via _____
tel. _____ cell. _____in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale conseguito il _____presso_____
P. E. C. (**obbligatoria**)_____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 63 comma 6 lett. d) dell' Accordo Collettivo Nazionale dei medici di medicina generale 04/04/2024, per l'assegnazione di uno dei seguenti incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al 1° settembre 2026, pubblicati sulla G.U.R.S. n._____ del_____:

Postazione _____ASP di _____

Postazione _____ASP di _____

Postazione _____ASP di _____

Postazione _____ASP di _____

Postazione _____ASP di _____

Postazione _____ASP di _____

ACCLUDE

- Autocertificazione (all."D1");
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. "H");
- Copia fotostatica di un documento di identità. (**OBBLIGATORIA PENA L'ESCLUSIONE IN QUANTO PARTE INTEGRANTE DELLE SUPERIORI DICHIARAZIONI**).

Data _____ Firma_____

ALLEGATO "D1"

AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto dott._____

nato a _____ il _____

in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito in data _____

presso l'Università _____con voto _____

d i c h i a r a

c) di essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale, conseguito presso _____ in data _____;
d) di essere in possesso dell'attestato di idoneità alle attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, conseguito presso _____ in data _____;

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1) (2)

Data _____ Firma _____

(1) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia".

(2) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

ALLEGATO "E"

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

(MEDICI ISCRITTI AL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE NELLA REGIONE SICILIA ex art. 9 comma 1 D.L. 14/12/18 n. 135 , convertito con modificazioni dalla L.11/02/19 n. 12)

Marca da Bollo

€ 16,00

All'Azienda Sanitaria Provinciale di

_____

Via _____

_____

Il sottoscritto dott._____
nato a _____ il _____
residente a _____ CAP _____ via _____
tel. _____ cell. _____
P. E. C. (**obbligatoria**)_____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 63 comma 6 lett. e) dell' Accordo Collettivo Nazionale dei medici di medicina generale 04/04/2024, per l'assegnazione di uno dei seguenti incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al 1° settembre 2026, pubblicati sulla G.U.R.S. n._____ del_____:

Postazione _____ASP di _____

Postazione _____ASP di _____

Postazione _____ASP di _____

Postazione _____ASP di _____

Postazione _____ASP di _____

Postazione _____ASP di _____

ACCLUDE

- Autocertificazione (all."E1");
- Copia fotostatica di un documento di identità. (**OBBLIGATORIA PENA L'ESCLUSIONE IN QUANTO PARTE INTEGRANTE DELLE SUPERIORI DICHIARAZIONI**).

Data _____ Firma _____

Allegato "E1"

AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto dott._____

nato a _____ il _____

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/00 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

d i c h i a r a

di essere residente nel Comune di _____Prov. _____;

di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di_____ in data_____con voto_____;

di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data_____ presso l'Università di_____di essere in possesso dell'attestato di idoneità alle attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, conseguito presso _____ in data _____;

di essere iscritto all'Ordine dei Medici della provincia di_____;

di essere iscritto al corso di formazione in medicina generale nella Regione Sicilia nel triennio _____ e di frequentare il:

- ☐ primo anno
- ☐ secondo anno
- ☐ terzo anno

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Data _____ Firma(2)(3) _____

(1)ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia".

(2)ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

(3)Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196 , che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

ALLEGATO "F"

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

(MEDICI ISCRITTI AL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE NELLA REGIONE SICILIA ex art.12 comma 3 D.L. 30/04/19 n. 35 (c.d. Decreto Calabria), convertito con L. 25/06/19 n. 60)

Marca da Bollo

€ 16,00

All'Azienda Sanitaria Provinciale di

_____

Via _____

_____

Il sottoscritto dott._____
nato a _____ il _____
residente a _____ CAP _____ via _____
tel. _____ cell. _____
P. E. C. (**obbligatoria**)_____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 63 comma 6 lett. f) dell' Accordo Collettivo Nazionale dei medici di medicina generale 04/04/2024, per l'assegnazione di uno dei seguenti incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al 1° settembre 2026, pubblicati sulla G.U.R.S. n._____ del_____:

Postazione _____ASP di _____

Postazione _____ASP di _____

Postazione _____ASP di _____

Postazione _____ASP di _____

Postazione _____ASP di _____

Postazione _____ASP di _____

ACCLUDE

- Autocertificazione (all."F1");
- Copia fotostatica di un documento di identità. (**OBBLIGATORIA PENA L'ESCLUSIONE IN QUANTO PARTE INTEGRANTE DELLE SUPERIORI DICHIARAZIONI**).

Data _____ Firma _____

Allegato "F1"

AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto dott._____

nato a _____ il _____

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/00 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

d i c h i a r a

a) di essere residente nel Comune di _____Prov. _____
b) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di_____ in data_____con voto_____
c) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data_____ presso l'Università di_____
d) di essere in possesso dell'attestato di idoneità alle attività di Emergenza Sanitaria Territoriale, conseguito presso _____ in data _____;
e) di essere iscritto all'Ordine dei Medici della provincia di_____
f) di essere iscritto al corso di formazione in medicina generale nella Regione Sicilia, ai sensi di quanto previsto dall'art. 12 D.L. n. 35/19 (c.d. Decreto Calabria), convertito con L. 60/19 nel triennio _____

☐ primo anno
☐ secondo anno
☐ terzo anno

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Data _____ Firma(2)(3) _____

(1)ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia".

(2)ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

(3)Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196 , che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

ALLEGATO "G"

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(ai sensi del Protocollo d'intesa)

Marca da Bollo

€ 16,00

All'Azienda Sanitaria Provinciale di

_____

Via _____

_____

Il sottoscritto dott._____
nato a _____ il _____
residente a _____ CAP _____ Via _____
tel. _____ cell. _____ in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio delle attività di emergenza sanitaria, vantando un'anzianità di servizio con incarico a tempo determinato, conferito ai sensi dell'art. 97 dell'A.C.N. 2005 (sostituito dall'art. 67 ACN 28/04/2022), di almeno due anni, anche non continuativi, nell'ultimo quinquennio in una della Aziende Sanitarie Provinciali del S.S.R.,
P.E.C._____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art 3 del Protocollo di Intesa, approvato con D.A. n. 1210 dell' 11 dicembre 2020, per l'assegnazione di uno dei seguenti incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al 1° settembre 2026, pubblicati sulla G.U.R.S. n._____ del_____:

Postazione _____ASP di _____

Postazione _____ASP di _____

Postazione _____ASP di _____

Postazione _____ASP di _____

Postazione _____ASP di _____

Postazione _____ASP di _____

Postazione _____ASP di _____

ACCLUDE

- ❑ Autocertificazione comprovante il possesso dei requisiti prescritti dall'art. 3 del Protocollo di intesa (all."G1");
- ❑ Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. "H");
- ❑ Copia fotostatica di un documento di identità. (**OBBLIGATORIA PENA L'ESCLUSIONE IN QUANTO PARTE INTEGRANTE DELLE SUPERIORI DICHIARAZIONI**).

Data _____ Firma _____

ALLEGATO "G1"

AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto dott._____

nato a _____ il _____

in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito in data _____

presso l'Università _____ con voto_____

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/00 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

d i c h i a r a

a) di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio delle attività di emergenza sanitaria territoriale, conseguito presso _____ in data _____;

b) di vantare un'anzianità complessiva di servizio effettivo a tempo determinato nell'emergenza sanitaria territoriale pari a mesi_____(1), e precisamente:

dal _____ al _____ presso _____;

dal _____ al _____ presso _____;

dal _____ al _____ presso _____;

c) che il suddetto servizio è stato prestato integralmente ed esclusivamente in attività direttamente connesse all'emergenza sanitaria territoriale.

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1) (2)

Data _____ Firma _____

(1) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia".

(2) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

ALLEGATO "H"

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto dott._____

nato a _____ il _____

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445 del 28/12/00 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

d i c h i a r a

1) essere / non essere titolare a tempo indeterminato di incarico di emergenza sanitaria territoriale presso la Regione _____ Azienda di _____ Postazione _____ ;

2) essere / non essere titolare a tempo determinato di incarico di emergenza sanitaria territoriale presso la Regione _____ Azienda di _____ Postazione _____ ;

3) essere / non essere titolare di incarico come medico di assistenza primaria presso l'Azienda di _____ ambito territoriale di _____ n. scelte _____;

4) essere / non essere titolare di incarico come medico specialista pediatra di libera scelta presso l'Azienda di _____ ambito territoriale di _____ n. scelte_____;

5) essere / non essere titolare di incarico a tempo determinato o indeterminato di continuità assistenziale nella Regione _____ Azienda _____ Presidio_____ ore sett. _____;

6) essere / non essere 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:
Soggetto_____ ore settimanali _____
Via _____ Comune _____
Tipo di rapporto di lavoro _____ dal _____

7) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:
Azienda _____branca _____ore sett._____
Azienda _____branca _____ore sett._____;

8) essere / non essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti accreditati esterni o di avere / non avere un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 c. 5 D.L.vo n. 502/92:
Provincia_____ Azienda _____branca _____ _____ dal _____;

9) essere / non essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 o a corsi di specializzazione di cui al D.L.vo 257/91 e corrispondenti norme del D.L.vo 368/99:
Denominazione del corso _____
Soggetto che lo svolge _____ inizio dal _____;

10) operare / non operare 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:
Organismo _____ore sett. _____ Comune _____
Tipo di attività _____ Tipo di lavoro _____ dal _____;

11) svolgere – non svolgere funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della L.626/93:
Azienda _____ ore sett. _____ dal _____;

12) svolgere – non svolgere per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito del quale può acquisire scelte:
Azienda _____ Comune _____ dal _____;

13) avere – non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:
_____ dal _____;

14) essere / non essere titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare /non esercitare attività che possano configurare un conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale:
_____ dal _____;

15) fruire / non fruire del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14/10/76 del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:
dal _____;

16) svolgere / non svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate:
tipo di attività _____ dal _____;

17) essere / non essere titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate
Azienda _____ tipo di attività _____ ore sett. _____dal _____;

18) operare / non operare a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico oltre alle ipotesi sopra evidenziate, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata
Soggetto pubblico_____
Via _____ Comune _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Tipo di attività _____ dal _____;

19) essere / non essere titolare di trattamento di pensione:
_____ dal _____;

20) fruire / non fruire di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al precedente punto 15):
soggetto erogante il trattamento pensionistico_____ dal _____.

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1) (2)

Data _____ Firma (3) _____

(1) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia".

(2) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

(3) ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.