

C) CONCORSI

Amministrazione regionale

Comunicato regionale 11 aprile 2017 - n. 61

Direzione generale Welfare - Pubblicazione ordinaria e straordinaria ambiti territoriali carenti di assistenza primaria, di pediatria di famiglia e incarichi vacanti di continuità assistenziale ed emergenza sanitaria territoriale relativi al 2° semestre 2016

Ai sensi degli articoli 34 e 63, comma 1 e dell'articolo 92, comma 3 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale e degli Accordi integrativi regionali vigenti, e ai sensi dell'articolo 33, comma 1, dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Pediatri di Libera Scelta e degli Accordi integrativi regionali vigenti, si pubblicano gli ambiti territoriali carenti di Assistenza Primaria e Pediatria di Famiglia e gli incarichi vacanti di Continuità Assistenziale ed Emergenza Sanitaria territoriale rilevati dalle Agenzie di Tutela della Salute e dall'Azienda Socio Sanitaria Territoriale nel 2° semestre 2016.

A pena di esclusione

Le domande dei medici interessati al trasferimento o all'inserimento, compilate secondo gli schemi allegati al BURL e corredate degli allegati L o I dovranno pervenire alle Agenzie di Tutela della Salute competenti per territorio e all'Azienda Socio Sanitaria Territoriale e nei casi previsti alle sedi territoriali indicate a pena di inammissibilità entro e non oltre l'11 maggio 2017 con le seguenti modalità:

- domanda firmata digitalmente inviata a mezzo PEC all'indirizzo PEC dell'ATS o dell'ASST
- raccomandata R/R (non si terrà conto del timbro postale)
- consegna diretta all'ufficio indicato

Sommario

- Ambiti Territoriali carenti di Assistenza Primaria
- Ambiti territoriali carenti di Pediatria di Famiglia
- Incarichi vacanti di Continuità Assistenziale
- Incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale
- Fac-simile domande e autocertificazione informativa allegati L e I
- Indirizzi ATS e ASST riferimenti telefonici

L'elenco degli ambiti carenti pubblicati può essere consultato anche sul sito Internet www.regione.lombardia.it; / servizi e informazioni / enti e operatori / sistema welfare / Personale del sistema sanitario e sociosanitario, convenzionati e formazione continua / Pubblicazione ambiti carenti e ore vacanti i fac-simile delle domande possono essere scaricati dal medesimo sito.

Roberta Brenna

Ambiti territoriali carenti di Assistenza Primaria relativi al II semestre 2016

ATS di Bergamo

| AMBITI TERRITORIALI ORDINARI | N° POSTI |
|---|----------|
| Bergamo, Ponteranica, Sorisole, Torre Boldone, Gorle, Orio al Serio n. 1 obbligo apertura nel comune di Sorisole n. 1 obbligo apertura nel comune di Bergamo-Quartiere Grumellina | 5 |
| Boltiere, Osio Sotto Entrambi i posti obbligo apertura nel comune di Osio Sotto | 2 |
| Azzano S. Paolo, Comun Nuovo, Stezzano, Urgnano, Zanica n.1 obbligo apertura nel comune di Urgnano | 2 |
| Seriate, Grassobbio n.1 obbligo apertura nel comune di Grassobbio | 2 |
| Albano S. Alessandro, Pedrengo, Torre de Roveri, Scanzorosciate | 2 |
| Trescore, Cenate Sopra, Cenate Sotto, San Paolo D'Argon, Entratico, Luzzana, Zandobbio, Carobbio degli Angeli, Gorlago | 1 |
| Berzo San Fermo, Borgo di Terzo, Grone, Vigano S. Martino, Bianzano, Casazza, Gaverina, Monasterolo al Castello, Spinone al Lago, Endine Gaiano, Ranzanico | 1 |
| Alzano Lombardo, Ranica, Villa di Serio n. 1 obbligo di apertura Comune di Alzano Lombardo | 2 |
| Nembro, Selvino, Aviatico obbligo di apertura Comune di Nembro | 1 |
| Gazzaniga, Cene, Colzate, Vertova, Fiorano al Serio | 1 |
| Gandino, Leffe, Peia, Cazzano S. Andrea, Casnigo | 1 |
| Castione della Presolana, Rovetta, Cerete, Onore, Fino del Monte, Songavazzo | 1 |
| Adersio, Oltressenda Alta, Parre, Piario, Villa D'Ogna | 1 |
| Gorno, Oneta, Ponte Nossa, Premolo Obbligo di apertura Comune di Gorno | 1 |
| Clusone | 1 |
| Oltre il Colle, Serina, Cornalba, Algua, Bracca, Costa Serina, Dossena n. 1 obbligo apertura Comune di Serina n. 1 obbligo apertura Comune di Algua | 2 |
| San Giovanni Bianco, San Pellegrino Terme, Taleggio, Vedeseta, Camerata Cornello Obbligo di apertura Comune di San Pellegrino | 1 |
| Zogno, Sedrina, Ubiale Clanezzo, Val Brembilla, Bello | 1 |
| Carvico, Sotto il Monte, Villa D'Adda | 1 |
| Bottanuco, Brembate, Capriate S. Gervasio, Filago | 1 |
| Caprino Bergamasco, Cisano Bergamasco, Pontida | 1 |
| Arcene, Brignano Gera D'Adda, Castel Rozzone, Lurano, Pagazzano Obbligo di apertura Comune di Pagazzano | 1 |
| Arzago D'Adda, Casirate D'Adda, Treviglio | 1 |
| Bariano, Morengo, Romano di Lombardia | 1 |

ATS Brescia

| AMBITI TERRITORIALI ORDINARI | N° POSTI |
|--|-----------------|
| Brescia, Collebeato Obbligo apertura a Collebeato | 1 |
| Ospitaletto, Travagliato, Torbole Casaglia, Berlingo, Roncadelle, Castelmella Obbligo apertura a Roncadelle | 1 |
| Ospitaletto, Travagliato, Torbole Casaglia, Berlingo, Roncadelle, Castelmella | 1 |
| Gussago, Cellatica, Rodengo Saiano, Castegnato, Ome | 1 |
| Flero, Capriano del Colle, Azzano Mella, Poncarale, Borgosatollo, Montirone, San Zeno, Castenedolo | 1 |
| Botticino, Rezzato, Mazzano, Nuvolera, Nuvolento Obbligo apertura a Rezzato | 1 |
| Botticino, Rezzato, Mazzano, Nuvolera, Nuvolento | 3 |
| Bovegno, Collio | 1 |
| Lumezzane | 2 |
| Gardone V.T., Polaveno, Brione | 1 |
| Sarezzo | 1 |
| Paderno F.C., Passirano, Monticelli Brusati, Provaglio d'Iseo, Cortefranca Obbligo apertura a Cortefranca | 1 |
| Iseo, Monte Isola, Sulzano, Marone, Sale Marasino, Zone Obbligo apertura ambulatorio almeno 3 giorni a Monte Isola e a Marone | 1 |
| Adro, Capriolo | 1 |
| Palazzolo sull'Oglio, Pontoglio Obbligo apertura ambulatorio nel comune di Pontoglio | 1 |
| Palazzolo sull'Oglio, Pontoglio Obbligo apertura ambulatorio nel comune di Palazzolo sull'Oglio | 1 |
| Castelcovati, Comezzano-Cizzago Obbligo apertura a Castelcovati | 1 |
| Castelcovati, Comezzano-Cizzago Obbligo apertura a Comezzano-Cizzago | 1 |
| Castrezzato, Trenzano Obbligo apertura ambulatorio nel comune di Castrezzato | 1 |
| Roccafranca, Rudiano, Urago d'Oglio | 1 |
| Cazzago San Martino | 1 |
| Coccaglio | 1 |
| Borgo San Giacomo, Villachiara, Quinzano, San Paolo | 1 |
| Orzinuovi, Orzivecchi, Pompiano, Corzano | 1 |
| Alfianello, Pontevico, Bassano Bresciano, San Gervasio | 2 |
| Ghedi | 1 |
| Leno | 1 |
| Manerbio, Offlaga | 1 |
| Fiesse, Gambara, Gottolengo, Isorella | 1 |
| Acquafredda, Calcinato, Calvisano, Carpenedolo, Montichiari, Remedello, Visano | 1 |
| Salò, Gardone Riviera, San Felice del Benaco Obbligo apertura a San Felice del Benaco | 1 |
| Salò, Gardone Riviera, San Felice del Benaco | 1 |
| Manerba, Moniga, Padenghe, Polpenazze, Soiano, Puegnago | 1 |

| | |
|--|---|
| Obbligo apertura a Puegnago | |
| Bedizzole, Calvagese | 1 |
| Anfo, Lavenone, Idro, Treviso Bresciano, Capovalle, Magasa, Valvestino | 1 |
| Obbligo apertura a Capovalle | |

ATS della Città Metropolitana di Milano

| AMBITI TERRITORIALI ORDINARI | N° POSTI |
|---|----------|
| Municipio 1 | 2 |
| Municipio 2 | 6 |
| Municipio 3 | 2 |
| Municipio 4 (di cui 1 vincolato a Ponte Lambro) | 4 |
| Municipio 5 | 3 |
| Municipio 7 (di cui 1 vincolato a Quinto Romano) | 9 |
| Municipio 9 | 3 |
| Cologno Monzese | 1 |
| Sesto San Giovanni (di cui 1 vincolato a Circostrizione 4 - Pelucca) | 2 |
| Cormano | 1 |
| Cinisello Balsamo | 8 |
| Bollate – Baranzate – Novate Mil.se | 4 |
| Cesate – Garbagnate Mil.se - Solaro | 4 |
| Paderno Dugnano - Senago | 2 |
| Pero - Rho | 1 |
| Cornaredo – Pogliano – Pregnana – Settimo Mil.se - Vanzago | 4 |
| Assago – Buccinasco – Cusago – Trezzano sul Naviglio (di cui 1 vincolato a Buccinasco) | 6 |
| Cesano Boscone - Corsico | 4 |
| Busto Garolfo – Canegrate – Dairago – San Giorgio su Legnano – Villa Cortese | 2 |
| Legnano - Rescaldina | 2 |
| Arconate – Buscate – Cuggiono – Inveruno – Bernate Ticino (di cui 1 vincolato a Buscate) | 2 |
| Castano Primo – Magnago – Robecchetto con Induno – Turbigo – Vanzaghello - Nosate | 2 |
| Arluno – Bareggio – Ossona – Casorezzo – S. Stefano Ticino – Sedriano - Vittuone | 4 |
| Boffalora – Corbetta – Magenta – Marcallo con Casone – Mesero – Robecco sul Naviglio | 4 |
| Abbiategrosso – Besate – Morimondo – Motta Visconti - Ozzero | 2 |
| Albairate – Calvignasco – Cisliano – Gaggiano – Rosate – Vermezzo – Bubbiano – Cassinetta di Lugagnano – Gudo Visconti – Zelo Surrigone | 4 |
| Mediglia – Pantigliate – Paullo - Tribiano | 1 |
| Peschiera Borromeo | 1 |
| Carpiano - Cerro al Lambro - Colturano - Dresano - Melegnano - San Zenone al Lambro - Vizzolo P | 1 |
| San Donato Milanese | 2 |
| San Giuliano Milanese | 2 |
| Pioltello - Rodano | 2 |
| Segrate - Vimodrone | 2 |

Serie Avvisi e Concorsi n. 17 - Mercoledì 26 aprile 2017

| | |
|---|---|
| Liscate – Melzo – Pozzuolo Martesana – Settala – Truccazzano – Vignate | 2 |
| Cassano d'Adda - Inzago | 2 |
| Carugate – Cernusco sul Naviglio | 2 |
| Bussero - Cassina De Pecchi - Gorgonzola | 1 |
| Bellinzago -Cambiago -Gessate- Pessano | 1 |
| Basiano – Grezzago – Masate – Pozzo d'Adda – Trezzano Rosa – Trezzo sull'Adda – Vaprio d'Adda | 2 |
| Binasco - Casarile - Lacchiarella - Noviglio - Vernate - Zibido San Giacomo | 1 |
| Basiglio - Rozzano | 2 |
| Locate Triulzi – Opera – Pieve Emanuele | 2 |
| Lodi - Abbadia Cerreto - Boffalora d'Adda - Cavenago d'Adda - Cornegliano Laudese - Corte Palasio – Crespiatica – Mairago – Massalengo - Ossago Lodigiano - San Martino in Strada | 4 |
| Casalmaiocco – Cervignano d'Adda – Comazzo – Galgagnano - Lodi Vecchio – Merlinò – Montanaso Lombardo – Mulazzano – Sordio – Tavazzano con Villanese – Zelo Buon Persico | 2 |
| S. Angelo Lodigiano - Villanova del Sillaro - Borgo San Giovanni - Pieve Fissiraga – Graffignana - S. Colombano al Lambro - Castiraga Vidardo - Marudo - Valera Fratta - Casaletto Lodigiano - Caselle Lurani - Salerano sul Lambro - Borghetto Lodigiano | 3 |

ATS della Brianza

| AMBITI TERRITORIALI ORDINARI | N° POSTI |
|---|-----------------|
| Desio | 1 |
| Nova Milanese | 1 |
| Limbiate | 1 |
| Giussano | 1 |
| Seregno | 2 |
| Seveso – Barlassina | 1 |
| Cogliate – Lazzate – Misinto – Ceriano Laghetto | 1 |
| Agrate – Caponago (n. 1) Apertura ambulatorio frazione di Omate | 2 |
| Arcore | 1 |
| Cavenago di Brianza – Bellusco – Mezzago - Ornago | 1 |
| Busnago – Cornate d'Adda – Roncello | 1 |
| Barzago – Barzanò – Cassago Brianza – Cremella – Sirtori – Viganò – Casatenovo – Missaglia – Monticello Brianza Apertura ambulatorio nel comune di Cassago Brianza | 1 |
| Lecco | 1 |
| Valmadrera – Civate – Malgrate – Oliveto Lario Apertura ambulatorio nel comune di Valmadrera | 1 |
| Olginate – Garlate -Valgreghentino | 1 |

ATS della Val Padana

| AMBITI TERRITORIALI ORDINARI | N° POSTI |
|--|----------|
| Asola, Casalmoro, Mariana, Canneto, Acquanegra, Casalromano | 1 |
| Castelgoffredo, Casaloldo, Gazoldo, Ceresara, Piubega, Redonesco | 1 |
| Castelbelforte, Castel D'Ario, Bigarello, Villimpenta, San Giorgio, Porto Mantovano, Roverbella, Marmirolo Apertura obbligatoria di 1 ambulatorio nel comune di Marmirolo e 1 nel comune di Porto Mantovano | 2 |
| Roncoferraro, Bagnolo S. Vito, Borgo Virgilio, Curtatone, Castellucchio, Rodigo Apertura obbligatoria di 1 ambulatorio nel comune di Curtatone, 1 nel comune di Bagnolo San Vito e 1 nel comune di Roncoferraro-fraz. Barbasso | 3 |
| Mantova | 1 |
| Ostiglia, Pieve di Coriano, Revere, Serravalle, Sustinente, Poggio Rusco, Magnacavallo, San Giovanni, Schivenoglia, Villa Poma, Quistello, Quingentole, San Giacomo, Sermide, Borgofranco, Carbonara, Felonica Apertura obbligatoria di 1 ambulatorio nel comune di Sermide, 1 nel comune di Quistello | 2 |
| Viadana, Commessaggio, Dosolo, Pomponesco, Sabbioneta, Bozzolo, Gazzuolo, Marcaria, Rivarolo Mantovano, San Martino dell'Argine Apertura obbligatoria ambulatorio nel comune di Gazzuolo- fraz. Belforte | 1 |
| Bonemerse, Castelverde, Corte de Frati, Cremona, Gerre de Caprioli, Malagnino, Persico Dosimo, Pozzaglio ed Uniti, Robecco d'Oglio, Spinadesco | 2 |
| Cappella de Picenardi, Cella Dati, Cicognolo, Derovere, Gabbioneta Binanuova, Gadesco Pieve Delmona, Grontardo, Isola Dovarese, Ostiano, Pescarolo ed Uniti, Pessina cr.se, Pieve d'Olmi, Pieve S.Giacomo, S. Daniele Po, Scandolara Ripa d'Oglio, Sospiro, Stagno Lombardo, Vescovato, Volongo | 1 |
| Acquanegra cr.se, Annicco, Azzanello, Bordolano, Cappella Cantone, Casalbuttano ed Uniti, Casalmorano, Castelvisconti, Corte de Cortesi con Cignone, Crotta d'Adda, Formigara, Grumello cr.se ed Uniti, Olmeneta, Paderno Ponchielli, Pizzighettone, S.Bassano, Sesto ed Uniti, Soresina | 1 |
| Bagnolo cr.sco, Camisano, Campagnola cr.sca, Capergnanica, Capralba, Casale cr.sco – Vidolasco, Casaletto Ceredano, Casaletto di Sopra, Casaletto Vaprio, Castel Gabbiano, Chieve, Credera Rubbiano, Crema, Cremosano, Izano, Madignano, Monte cr.sco, Montodine, Moscazzano, Offanengo, Pianengo, Pieranica, Quintano, Ricengo, Ripalta cr.sca, Ripalta Guerina, Romanengo, Salvirola, Sergnano, Torlino Vimercati, Trescore cr.sco, Vaiano cr.sco, Vailate | 2 |
| Cà d'Andrea, Calvatone, Casalmaggiore, Casteldidone, Cingia de Botti, Drizzona, Gussola, Martignana di Po, Motta Baluffi, Piacenza, Rivarolo del Re ed Uniti, S.Giovanni in Croce, S. Martino del lago, Scandolara Ravara, Solarolo Rainerio, Spineda, Tornata, Torre de Picenardi, Torricella del Pizzo, Voltido | 1 |

ATS di Pavia

| AMBITI TERRITORIALI ORDINARI | N° POSTI |
|--|-----------------|
| Albaredo Arnaboldi-Broni-Campospino-Redavalle | 1 |
| Bascape' - Landriano - Marzano - Torrevecchia Pia | 1 |
| Bornasco - Zeccone - Siziano - Vidigulfo | 1 |
| Borgo S.Siro-Ottobiano-S.Giorgio-Tromello | 1 |
| Ferrera Erbognone-Mezzana Bigli-Sannazzaro | 2 |
| Albonese-Cilavegna-Nicorvo-Parona | 1 |
| Robbio | 1 |
| San Martino Siccomario - Travaco' | 1 |
| Vigevano | 2 |
| Brallo Di Pregola-S.Margherita Staffora-Bagnaria-Menconico-Varzi-Romagnese-Valverde-Zavattarello | 1 |

ATS dell'Insubria

| AMBITI TERRITORIALI ORDINARI | N° POSTI |
|---|-----------------|
| SEDE TERRITORIALE DI VARESE | |
| Arcisate, Bisuschio | 2 |
| Carnago, Caronno Varesino, Castronno, Sumirago | 1 |
| Daverio, Crosio della Valle, Casale Litta, Mornago | 1 |
| Busto Arsizio | 2 |
| Samarate | 1 |
| Portovaltravaglia, Castelvecchana, Germignaga, Brezzo di Bedero | 1 |
| Somma Lombardo, Vizzola Ticino, Golasecca | 1 |
| SEDE TERRITORIALE DI COMO | |
| Brenna, Cantù, Capiago Intimiano, Carimate, Cucciago | 2 |
| Inverigo, Lurago d'Erba | 1 |
| Fenegrò, Limido Comasco, Lurago Marinone | 1 |
| Cassina Rizzardi, Fino Mornasco, Luisago | 1 |
| Lurate Caccivio, Olgiate Comasco | 1 |
| Turate | 1 |
| Carbonate, Locate Varesino, Mozzate | 1 |
| Campione d'Italia | 1 |

ATS della Montagna

| AMBITI TERRITORIALI ORDINARI | N° POSTI |
|--|-----------------|
| Distretto di Tirano Apertura ambulatorio nel comune di Grosio Apertura ambulatorio nei comuni di Lovero e Tovo Sant'Agata | 2 |
| Distretto di Sondrio Apertura ambulatorio nel comune di Ponte in Valtellina Apertura ambulatorio nei comuni di Berbenno di Valtellina e Fusine | 2 |

| | |
|---|---|
| Distretto di Morbegno Apertura ambulatorio nel comune di Piantedo Apertura ambulatorio nel comune di Dubino Apertura ambulatorio nel comune di Cosio Valtellino Frazione Regoledo | 3 |
| Blessagno Apertura ambulatorio nel comune di Cerano d'Intelvi | 1 |
| Carlazzo Apertura ambulatorio nel comune di Val Rezzo | 1 |
| Dongo Apertura ambulatorio nel comune di Pianello del Lario | 1 |
| Alta Valcamonica Apertura ambulatorio nel comune di Sellero | 1 |
| Media Valcamonica Apertura ambulatorio nel comune di Esine Apertura ambulatorio nel comune di Lozio Apertura ambulatorio nel comune di Ossimo Inferiore | 3 |
| Bassa Valcamonica Apertura ambulatorio nel comune di Gianico Apertura ambulatorio nel comune di Piancamuno | 2 |

Ambiti territoriali carenti di Pediatria di Libera Scelta relativi al II semestre 2016

ATS di Bergamo

| AMBITI TERRITORIALI ORDINARI AI SENSI DELL'ART. 32 A.C.N. | N° POSTI |
|---|-----------------|
| Trescore Balneario, Gorlago, Carobbio degli Angeli, Cenate Sopra, Cenate Sotto, S. Paolo D'Argon, Entratico, Luzzana, Zandobbio | 1 |

ATS Brescia

| AMBITI TERRITORIALI STRAORDINARI | N° POSTI |
|---|-----------------|
| Cologne, Pontoglio, Palazzolo s/O Obbligo apertura a Pontoglio | 1 |

ATS della Città Metropolitana di Milano

| AMBITI TERRITORIALI STRAORDINARI | N° POSTI |
|--|-----------------|
| Municipio 9 | 1 |
| Trezzano – Cusago (con vincolo di apertura a Trezzano) | 1 |

Serie Avvisi e Concorsi n. 17 - Mercoledì 26 aprile 2017

ATS della Brianza

| AMBITI TERRITORIALI STRAORDINARI | N° POSTI |
|---|-----------------|
| Lissone | 1 |

ATS della Val Padana

| AMBITI TERRITORIALI STRAORDINARI | N° POSTI |
|--|-----------------|
| Mantova – Virgilio – Bagnolo – Borgoforte - Marmirolo – Porto Mant. - Roverbella - Roncoferraro – Castel D’Ario – Villimpenta – Bigarello – San Giorgio – Castelbelforte - Rodigo – Castellucchio – Curtatone (Apertura obbligatoria di 1 ambulatorio nel comune di Roverbella) | 1 |

ATS dell’Insubria

| AMBITI TERRITORIALI ORDINARI AI SENSI DELL’ART. 32 A.C.N. | N° POSTI |
|---|-----------------|
| SEDE TERRITORIALE DI COMO Bregnano, Cadorago, Casnate con Bernate, Cassina Rizzardi, Cernusco, Cirimido, Fenegrò, Fino Mornasco, Grandate, Limido Comasco, Lomazzo, Luisago, Lurago Marinone, Rovellasca, Rovello Porro, Turate, Vertemate con Minoprio | 1 |

ATS della Montagna

| AMBITI TERRITORIALI ORDINARI AI SENSI DELL’ART. 32 A.C.N. | N° POSTI |
|---|-----------------|
| Distretto di Bormio Apertura ambulatorio nel comune di Sondalo | 1 |

Ore di incarichi vacanti di Continuità Assistenziale relative al 2° semestre 2016

| ATS DELLA LOMBARDIA | N. Ore vacanti |
|---|-----------------------|
| ATS di Bergamo | 3792 |
| ATS Brescia | 3192 |
| ATS della Città Metropolitana di Milano | 13190 |
| ATS della Brianza | 3792 |
| ATS della Val Padana Area Territoriale di Cremona | 888 |
| ATS della Val Padana – Sede Territoriale di Mantova | 1656 |
| ATS di Pavia | 1512 |
| ATS dell’Insubria – Sede Territoriale di Varese | 1800 |
| ATS dell’Insubria – Sede Territoriale di Como - | 1200 |
| ATS della Montagna | 984 |

Ore di incarichi vacanti nel servizio di emergenza sanitaria territoriale relative al 2° semestre 2016

| ASST DELLA LOMBARDIA | N. Ore Carenti |
|---|-----------------------|
| ASST della Valtellina e dell’Alto Lario | 114 |



Domanda di partecipazione alla assegnazione degli ambiti territoriali carenti di Assistenza Primaria (Per Graduatoria)

**Bollo
€ 16,00**

All' Agenzia di Tutela della Salute di
Sede territoriale di _____

Il sottoscritto Dott. _____ consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 dichiara di essere nato a _____ Prov. _____ il _____ codice fiscale _____ di essere residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____ CAP. _____ tel. _____ a far data dal _____ A.S.L. di residenza _____ e residente nel territorio della Regione _____ dal _____ inserito nella graduatoria regionale di settore di cui dall'articolo 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale **valida per l'anno 2017**, laureato dal _____ con voto _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'articolo 34, comma 2, lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia ... n _____ del _____ e segnatamente per i seguenti ambiti:

| Ambito territoriale | Ambito territoriale | Ambito territoriale |
|---------------------|---------------------|---------------------|
| | | |
| | | |

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 (**dichiarazione sostitutiva di certificazione**)

DICHIARA

di essere residente nel comune di _____ dal (gg/mm/aaaa) _____

- precedenti residenze indicare (gg/mm/aaaa)
- dal _____ al _____
- dal _____ al _____

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'articolo 16, commi 7 e 8 dell'accordo collettivo Nazionale per la Medicina Generale, di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato (*barrare una sola casella; in caso di barrature di entrambe le caselle o mancata indicazione della riserva prescelta, la domanda non potrà essere valutata*):

- riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 o 277/2003 (articolo 16, comma 7, lettera a,)
- riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (articolo 16, comma 7, lettera b,)

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- l'indirizzo p.e.c.
- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____
indirizzo _____

Data _____ Firma per esteso (*) _____

In luogo dell'autenticazione della firma, allegare fotocopia semplice di un documento di identità

In caso di trasmissione di domanda e degli allegati tramite posta certificata, i documenti, a pena di esclusione, devono essere firmati digitalmente.

La mancata indicazione nella domanda dei dati relativi alla residenza, comporta la non assegnazione dei punteggi aggiuntivi, previsti dall'art. 34 comma 3 dell'ACN per la medicina generale.

Si allega Allegato L ai sensi dell'art. 34 comma 14.



Domanda di partecipazione alla assegnazione degli ambiti territoriali carenti di Assistenza Primaria (Per trasferimento)

**Bollo
€ 16,00**

All' Agenzia di Tutela della Salute di
Sede territoriale di _____

Il sottoscritto Dott. _____ consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 dichiara di essere nato a _____ Prov. _____ il _____ codice fiscale _____ di essere residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____ CAP. _____ tel. _____ a far data dal _____ e residente nel territorio della Regione _____ dal _____ titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso l'Agenzia di Tutela della Salute di n. _____ di _____ per l'ambito territoriale _____ della Regione _____ dal _____ e con anzianità complessiva di assistenza primaria pari a mesi _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'articolo 34, comma 2, lettera a) dell'accordo collettivo nazionale per la medicina generale per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia n. _____ del _____ e segnatamente per i seguenti ambiti:

| Ambito territoriale | Ambito territoriale | Ambito territoriale |
|---------------------|---------------------|---------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 (**dichiarazione sostitutiva di certificazione**)

DICHIARA

di essere stato titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso:

- la ASL di regione dal al detratti i periodi di eventuale sospensione dell'incarico
- la ASL di regione dal al detratti i periodi di eventuale sospensione dell'incarico
- con anzianità complessiva di assistenza primaria pari a mesi _____

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- L'indirizzo p.e.c.
- La propria residenza
- Il domicilio sotto indicato:
c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____
indirizzo _____

Data _____ Firma per esteso (*) _____

In luogo dell'autenticazione della firma, allegare fotocopia semplice di un documento di identità
In caso di trasmissione di domanda e degli allegati tramite posta certificata, i documenti, a pena di esclusione, devono essere firmati digitalmente.
Si allega Allegato L ai sensi dell'art. 34 comma 14.



Domanda di partecipazione alla assegnazione degli incarichi vacanti di Continuità Assistenziale (Per Graduatoria)

**Bollo
€ 16,00**

All' Agenzia di Tutela della Salute di
Sede territoriale di _____

Il sottoscritto Dott. _____ consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 dichiara di essere nato a _____ Prov. _____ il _____ codice fiscale _____ di essere residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____ CAP. _____ tel. _____ a far data dal _____ A.S.L. di residenza _____ e residente nel territorio della Regione _____ dal _____ inserito nella graduatoria regionale di settore di cui dall'articolo 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale **valida per l'anno 2017**, laureato dal _____ con voto _____

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'articolo 63, comma 2, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, per l'assegnazione degli incarichi vacanti per la Continuità Assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia n. _____ del _____

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 (**dichiarazione sostitutiva di certificazione**)

DICHIARA

di essere residente nel comune di _____ dal (gg/mm/aaaa) _____ precedenti residenze indicare (gg/mm/aaaa) dal _____ al _____ dal _____ al _____

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'articolo 16, commi 7 e 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appreso indicato (*barrare una sola casella; in caso di barrature di entrambe le caselle o mancata indicazione della riserva prescelta, la domanda non potrà essere valutata*):

- riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 o 277/2003 (articolo 16, comma 7, lettera a.)
- riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (articolo 16, comma 7, lettera b.)

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- l'indirizzo p.e.c. _____
- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____
indirizzo _____

Data..... Firma per esteso.....

In luogo dell'autenticazione della firma, allegare fotocopia semplice di un documento di identità

In caso di trasmissione di domanda e degli allegati tramite posta certificata, i documenti, a pena di esclusione, devono essere firmati digitalmente.

La mancata indicazione nella domanda dei dati relativi alla residenza, comporta la non assegnazione dei punteggi aggiuntivi, previsti dall'art. 63 comma 4 dell'ACN per la medicina generale.

Si allega Allegato L ai sensi dell'art. 34 comma 14.



Domanda di partecipazione alla assegnazione degli incarichi vacanti di Continuità Assistenziale (Per trasferimento)

Bollo
€ 16,00

All' Agenzia di Tutela della Salute di
Sede territoriale di _____

Il sottoscritto Dott. _____ consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 dichiara di essere nato a _____ Prov. _____ il _____ codice fiscale _____ di essere residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____ CAP. _____ tel. _____ a far data dal _____ e residente nel territorio della Regione _____ dal _____ titolare di incarico a tempo indeterminato per la continuità assistenziale presso l'Agenzia di Tutela della Salute di n. _____ di _____ della Regione _____ dal _____ e con anzianità complessiva di continuità assistenziale pari a mesi _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'articolo 63, comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale di assegnazione degli incarichi vacanti per la Continuità Assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia n. _____ del _____

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 (**dichiarazione sostitutiva di certificazione**)

DICHIARA

di essere stato titolare di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale presso:

- la ASL di _____ regione _____ dal _____ al _____ detratti i periodi di eventuale sospensione dell'incarico
- la ASL di _____ regione _____ dal _____ al _____ detratti i periodi di eventuale sospensione dell'incarico

con anzianità complessiva di continuità assistenziale pari a mesi _____

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- L'indirizzo p.e.c. _____
- La propria residenza
- Il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____
indirizzo _____

Data.....

Firma per esteso

In luogo dell'autenticazione della firma, allegare fotocopia semplice di un documento di identità

In caso di trasmissione di domanda e degli allegati tramite posta certificata, i documenti, a pena di esclusione, devono essere firmati digitalmente.

Si allega Allegato L ai sensi dell'art. 34 comma 14.



Domanda di partecipazione alla assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale (Per Graduatoria)

| |
|--------------------------|
| Bollo € 16,00 |
|--------------------------|

All' Azienda Socio Sanitaria Territoriale
di...

Il sottoscritto Dott. _____ consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 dichiara di essere nato a _____ Prov. _____ il _____ codice fiscale _____ di essere residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____ CAP. _____ tel. _____ a far data dal _____ A.S.L. di residenza _____ e residente nel territorio della Regione _____ dal _____ inserito nella graduatoria regionale di settore di cui dall'articolo 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale **valida per l'anno 2017**, laureato dal _____ con voto _____

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'articolo 92, comma 5, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia n. _____ del _____

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 (**dichiarazione sostitutiva di certificazione**)

DICHIARA

di essere residente nel comune di _____ dal (gg/mm/aaaa) _____ precedenti residenze indicare (gg/mm/aaaa) _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____

di essere titolare di Continuità Assistenziale presso la Azienda _____ della Regione _____

di **essere/non essere** * in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza (*cancellare la voce non d'interesse).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- L'indirizzo p.e.c.
- La propria residenza
- Il domicilio sotto indicato:
- c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____
- indirizzo _____

Data.....

Firma per esteso

In luogo dell'autenticazione della firma, allegare fotocopia semplice di un documento di identità

In caso di trasmissione di domanda e degli allegati tramite posta certificata, i documenti, a pena di esclusione, devono essere firmati digitalmente.

La mancata indicazione nella domanda dei dati relativi alla residenza, comporta la non assegnazione dei punteggi aggiuntivi, previsti dall'art. 92 comma 5 dell'ACN per la medicina generale.

Si allega Allegato L ai sensi dell'art. 34 comma 14.



Domanda di partecipazione alla assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale (Per Trasferimento)

**Bollo
€ 16,00**

All' Azienda Socio Sanitaria Territoriale di... ..

Il sottoscritto Dott. _____ consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 dichiara di essere nato a _____ Prov. _____ il _____ codice fiscale _____ di essere residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____ CAP. _____ tel. _____ a far data dal _____ e residente nel territorio della Regione _____ dal _____ titolare di incarico a tempo indeterminato per l'emergenza sanitaria territoriale presso l' Azienda Socio Sanitaria Territoriale di... _____ della Regione _____ dal _____ e con anzianità complessiva di Emergenza Sanitaria Territoriale pari a mesi _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'articolo 92, comma 5, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia n _____ del _____

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 (**dichiarazione sostitutiva di certificazione**)

DICHIARA

di essere stato titolare di incarico a tempo indeterminato per l'emergenza sanitaria territoriale presso:

- la AO di regione dal al detratti i periodi di eventuale sospensione dell'incarico
- la AO di regione dal al detratti i periodi di eventuale sospensione dell'incarico
- con anzianità complessiva di assistenza primaria pari a mesi _____

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- L'indirizzo p.e.c.
- La propria residenza
- Il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____ indirizzo _____

Data.....

Firma per esteso.....

In luogo dell'autenticazione della firma, allegare fotocopia semplice di un documento di identità
In caso di trasmissione di domanda e degli allegati tramite posta certificata, i documenti, a pena di esclusione, devono essere firmati digitalmente.
 Si allega Allegato L ai sensi dell'art. 33 comma 14.



AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Allegato L dell'ACN per la medicina generale del 29.07.2009

Il sottoscritto Dott.....
nato a..... il..... residente in.....
Via/Piazza..... n..... iscritto all'Albo
dei..... della Provincia di....., ai
sensi e agli effetti dell'art.47, del DPR 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 diAzienda
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.

In fede

Data _____ 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"



Domanda di partecipazione alla assegnazione degli ambiti territoriali carenti di Pediatria di Libera Scelta (Per Graduatoria)

**Bollo
€ 16,00**

All' Agenzia di Tutela della Salute di
Sede territoriale di

Il sottoscritto Dott. _____ consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 dichiara di essere nato a _____ Prov. _____ il _____ codice fiscale _____ di essere residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____ CAP. _____ tel. _____ a far data dal _____ A.T.S. di residenza _____ e residente nel territorio della Regione _____ dal _____ inserito nella graduatoria regionale di settore di cui dall'articolo 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di Libera Scelta **valida per l'anno 2017**, laureato dal _____ con voto _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'articolo 33, comma 2, lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la Pediatria di Libera Scelta, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di Pediatria di Libera Scelta pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia n _____ del _____ e segnatamente per i seguenti ambiti:

| Ambito territoriale | Ambito territoriale | Ambito territoriale |
|---------------------|---------------------|---------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 (**dichiarazione sostitutiva di certificazione**)

DICHIARA

di essere residente nel comune didal (gg/mm/aaaa) precedenti residenze indicare (gg/mm/aaaa) dal al dal al

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- l'indirizzo p.e.c.
- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____ indirizzo _____

Data _____ Firma per esteso (*) _____

In luogo dell'autenticazione della firma, allegare fotocopia semplice di un documento di identità
In caso di trasmissione di domanda e degli allegati tramite posta certificata, i documenti, a pena di esclusione, devono essere firmati digitalmente.

La mancata indicazione nella domanda dei dati relativi alla residenza, comporta la non assegnazione dei punteggi aggiuntivi, previsti dall'art. 33 comma 3 dell'ACN per la pediatria di libera scelta.
Si allega Allegato I ai sensi dell'art. 33 comma 14.



**Domanda di partecipazione alla assegnazione degli ambiti territoriali carenti di
Pedatria di Libera Scelta (Per trasferimento)**

**Bollo
€ 16,00**

All' Agenzia di Tutela della Salute di
Sede territoriale di _____

Il sottoscritto Dott. _____ consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 dichiara di essere nato a _____ Prov. _____ il _____ codice fiscale _____ di essere residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____ CAP. _____ tel. _____ a far data dal _____ e residente nel territorio della Regione _____ dal _____ titolare di incarico a tempo indeterminato per la Pedatria di Libera Scelta presso Agenzia di Tutela della Salute n. _____ di _____ per l'ambito territoriale _____ della Regione _____ dal _____ e con anzianità complessiva di Pedatria di Libera Scelta pari a mesi _____ e di essere iscritto all'elenco dei pediatri convenzionati della regione _____ dal _____ e di non svolgere altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del SSN eccezion fatta per attività di continuità assistenziale,

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'articolo 33, comma 2, lettera a) e a1) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pedatria di Libera Scelta, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di Pedatria di Libera Scelta pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia n. _____ del _____ e segnatamente per i seguenti ambiti:

| Ambito territoriale | Ambito territoriale | Ambito territoriale |
|---------------------|---------------------|---------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 (**dichiarazione sostitutiva di certificazione**)

DICHIARA

di essere iscritto nell'elenco dei pediatri convenzionati della regione dal.....
di essere stato titolare di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale presso:
• la ASL di regione dal al
detratti i periodi di eventuale sospensione dell'incarico
di essere stato titolare di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale presso:
• la ASL di regione dal al
detratti i periodi di eventuale sospensione dell'incarico
con anzianità complessiva di continuità assistenziale pari a mesi _____

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- L'indirizzo p.e.c.
- La propria residenza
- Il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____
indirizzo _____

Data _____ Firma per esteso (*) _____

In luogo dell'autenticazione della firma, allegare fotocopia semplice di un documento di identità
In caso di trasmissione di domanda e degli allegati tramite posta certificata, i documenti, a pena di esclusione, devono essere firmati digitalmente.

Si allega Allegato I ai sensi dell'art. 33 comma 14.

DICHIARAZIONE INFORMATIVA

(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Allegato I dell'ACN per la Pediatria di Libera Scelta del 29.07.2009)

Il sottoscritto Dott.....
nato a..... il..... residente in.....
Via/Piazza..... n..... iscritto all'Albo
dei..... della Provincia di....., ai
sensi e agli effetti dell'art.47, del DPR 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 incarico 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)
A.S.L. branca..... ore sett.....
A.S.L..... branca..... ore sett.....
4. essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei Medici Specialisti Convenzionati esterni: (2)
Provincia..... branca..... Periodo: dal.....

4. essere/non essere (1) titolare di incarico di Continuità Assistenziale o nella 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, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o 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.....
7. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate 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.....
8. 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.....
9. svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'A.S.L. di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)
 A.S.L. 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 presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

 Periodo: dal.....
12. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi soggetto pubblico (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):
 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 corrispondono al vero.

In fede

Data.....

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".

_____ • _____

Elenco indirizzi ATS E ASST della Lombardia per la presentazione delle domande

| ATS - ASST | INDIRIZZO | N. TELEFONO |
|--|---|---|
| ATS di Bergamo | Dipartimento Cure Primarie Unità Operativa Convenzioni Via Gallicciolli, 4 24121 BERGAMO protocollo@pec.ats-bg.it | 035 – 385043/385174 |
| ATS Brescia | Dipartimento Cure Primarie Edificio 9 - Viale Duca degli Abruzzi, 15 25128 BRESCIA protocollo@pec.ats-brescia.it | 030 – 3839244 |
| ATS della Città Metropolitana di Milano | Dipartimento Cure Primarie Corso Italia , 19 20122 MILANO dipartimentocureprimarie@pec.ats- milano.it | sede territoriale ex ASL Milano 02/85782342 sede territoriale ex ASL Milano1 02/49510408 sede territoriale ex ASL Milano2 e Lodi 02/92654414 |
| ATS della Brianza | Dipartimento delle Cure Primarie Viale Elvezia, 2 20900 Monza protocollo@pec.ats-brianza.it | 039- 238.4850/4846/4883/4837 0341- 482280/482240/482716 |
| ATS della Val Padana | Dipartimento Cure Primarie Via dei Toscani, 1 46100 MANTOVA protocollo@pec.ats-valpadana.it | 0376 – 334545 548 / 562 / 547 |
| | Dipartimento Cure Primarie Via San Sebastiano 14 26100 CREMONA protocollo@pec.ats-valpadana.it | 0372 – 497407 /376 /368 / 393 |
| ATS di Pavia | Dipartimento Cure Primarie Viale Indipendenza, 3 27100 PAVIA protocollo@pec.ats-pavia.it | 0382 – 432324 0382 – 431245 |
| ATS dell’Insubria | SEDE TERRITORIALE DI VARESE Via Ottorino Rossi, 9 21100 VARESE protocollo@pec.ats-insubria.it | 0332 – 277439 |
| | SEDE TERRITORIALE DI COMO Via Pessina , 6 22100 COMO protocollo@pec.ats-insubria.it | 031 - 370969 |
| ATS della Montagna | Dipartimento Cure Primarie Via Nazario Sauro, 38 23100 SONDRIO protocollo@pec.ats-montagna.it | 0342 – 555868 |
| ASST Valtellina e Alto Lario | Via Stelvio, 25 23100 Sondrio per domande MET aziendaospedaliera@pec.aovv.it | 0342-521111/0342-521541 |