

SCHEMA DI DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA
TERRITORIALE (prima pubblicazione 2024)

(medici in servizio presso le strutture di emergenza-urgenza territoriale 118 in possesso dei requisiti di cui all'art. 1 commi 272 e 273 della Legge n.234 del 30.12.2021)

(comprensivo di dichiarazioni sostitutive)

Bollo
€ 16,00

All'Azienda _____

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

fa domanda

secondo quanto previsto dai commi 272 e 273 dell'art. 1 della Legge n.234 del 30.12.2021 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024) - per l'assegnazione degli incarichi vacanti per l'emergenza sanitaria territoriale.

Il sottoscritto, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e successive modifiche, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, del D.P.R. innanzi citato, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 del D.P.R. n. 445/2000 cit.), **dichiara** quanto segue:

-di essere nato/a a _____ prov. (____) in data _____

Codice fiscale

-di risiedere a _____ prov. (____) CAP _____

via _____ n. _____ dal _____

tel: _____/_____ indirizzo e mail _____

pec _____

-di aver conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____

(se titolo di studio conseguito all'estero indicare gli estremi del provvedimento di riconoscimento di equipollenza rilasciato dal Ministero della Salute e allegare copia dello stesso) _____;

-di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____ dal _____

-di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale, conseguito in data _____ presso _____

-di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91, n. 368/99 e n. 277/2003, conseguito in data _____ Regione _____;

(se titolo di formazione specifica in medicina generale conseguito all'estero indicare gli estremi del provvedimento di riconoscimento di equipollenza rilasciato dal Ministero della Salute e allegare copia dello stesso) _____;

-di essere attualmente in servizio presso la struttura del sistema di emergenza – urgenza territoriale 118 della Azienda _____ in qualità di _____ (indicare la natura del rapporto di lavoro), a decorrere dal _____;

-di aver maturato un'anzianità lavorativa di almeno trentasei mesi, anche non continuativi, effettuati negli ultimi dieci anni, nei servizi di emergenza-urgenza 118 con incarico convenzionale a tempo determinato nelle seguenti Aziende e periodi:

Azienda _____ Regione _____ dal _____ al _____;

Azienda _____ Regione _____ dal _____ al _____;

Azienda _____ Regione _____ dal _____ al _____;

Azienda _____ Regione _____ dal _____ al _____;

Azienda _____ Regione _____ dal _____ al _____;

dichiara inoltre

1) di essere/non essere (1) titolare di un 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 di _____

tipo di rapporto di lavoro _____

periodo: dal _____;

2) di essere /non essere (1) titolare di un incarico a tempo indeterminato/a tempo determinato/con incarico provvisorio come medico di medicina generale ai sensi dell'Accordo dd. 29 luglio 2009, con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____

3) di essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi dell'Accordo dd. 29 luglio 2009, con massimale di _____ scelte Periodo dal _____

4) di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato/a tempo determinato (2) come specialista ambulatoriale convenzionato interno:

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

5) di essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici accreditati (ex specialisti convenzionati esterni) provincia _____ branca _____ periodo dal _____

6) di essere/non essere (1) titolare di incarico di continuità assistenziale a tempo indeterminato/a tempo determinato (1), nella Regione Friuli Venezia Giulia o in altra regione:

Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____,

in forma attiva/in forma di disponibilità (1),

7) di essere/non essere (1) iscritto al corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n.257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99 e al D.L.vo n. 277/03:

Denominazione del corso _____

Soggetto pubblico che lo svolge _____ Inizio dal _____

8) di 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 decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:

Organismo _____
 via _____ comune di _____ ore sett. _____
 Tipo di attività _____
 Tipo di rapporto di lavoro _____ Periodo dal _____

9) di operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in strutture sanitarie private non convenzionate o non accreditate, soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:

Organismo _____
 via _____ comune di _____ ore sett. _____
 Tipo di attività _____
 Tipo di rapporto di lavoro _____ Periodo dal _____

10) di svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:

Azienda _____ ore sett. _____
 via _____ comune di _____ periodo dal _____

11) di svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione, funzioni fiscali nell'ambito territoriale nel quale può acquisire scelte:

Azienda _____ comune di _____ periodo dal _____

12) di avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:

_____ periodo dal _____

13) di essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

14) di fruire/non fruire (1) del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15.10.1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale
 periodo dal _____

15) di svolgere/non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere: nessuna)

 Periodo dal _____

16) di essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi, a tempo determinato/a tempo indeterminato (1):

Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____
 Tipo di attività _____
 periodo dal _____

17) di 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 già dichiarato relativamente ai rapporti di cui ai numeri 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 16):

Soggetto pubblico _____
 via _____ comune _____
 Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____
 Periodo dal _____

18) di essere/non essere (1) titolare di trattamento di pensione a carico di :

Periodo: dal _____

Il/La sottoscritto/a **dichiara** altresì:

-di essere a conoscenza che la partecipazione all'assegnazione degli incarichi richiesti con la presente domanda è subordinata rispetto a quella dei medici di cui ai punti 1, 2, 3 e 4 dell'avviso ed avrà seguito solo qualora, espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 63 dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale dd 28.04/2022, uno o più incarichi di emergenza sanitaria territoriale rimarranno vacanti.

Il/La sottoscritto/a dichiara di accettare le prescrizioni dell'avviso e di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati.

Fatto salvo quanto specificatamente previsto nell'avviso, chiede che eventuali comunicazioni dirette inerenti alla presente domanda siano inoltrate presso:

- l'indirizzo PEC _____
 la propria residenza
 il domicilio sotto indicato:

comune _____ () CAP _____
 via _____ n. _____ Tel. _____ / _____
 indirizzo e mail _____ pec _____

In fede.

data _____

Firma _____
 (leggere le avvertenze)

DICHIARAZIONE

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e successive modifiche ed integrazioni)

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa _____
 Nato/a a _____ il _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste, in caso di dichiarazioni non veritiere,
 1. **di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo** di euro 16,00 tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo della presente domanda (n.b. La marca da bollo, applicata nell'apposito spazio, deve essere annullata tramite apposizione della data e della firma in parte sulla stessa marca e in parte sul modulo); attestando di seguito i dati della marca da bollo utilizzata:

- data e ora di emissione _____
- identificativo n. _____

2. di conservare l'originale della presente domanda per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione.

Data _____

Firma _____

NOTE

(1) cancellare la parte che non interessa

AVVERTENZE**Ferme restando le disposizioni del presente avviso relativo agli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale relativi alla prima pubblicazione per l'anno 2024 nella Regione FVG, si ricorda:**

- **a pena d'esclusione**, la presente domanda va sottoscritta e va allegata copia di un documento di identità in corso di validità (fronte-retro) in quanto trattasi di elementi indispensabili e, pertanto, la loro mancanza non configura irregolarità formale sanabile;
- in base all'art. 15, della legge 12 novembre 2011, n. 183, "Le amministrazioni pubbliche e i gestori di pubblici servizi sono tenuti ad acquisire d'ufficio le informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive di cui agli articoli 46 e 47, nonché di tutti i dati e i documenti che siano in possesso delle pubbliche amministrazioni, previa indicazione, da parte dell'interessato, degli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti, ovvero ad accettare la dichiarazione sostitutiva prodotta dall'interessato." Pertanto, il dichiarante deve sempre indicare i dati informativi necessari, affinché si possa provvedere agli adempimenti di cui all'art. 71 del precitato D.P.R. n. 445/2000 e successive modificazioni;
- **il termine perentorio di presentazione della domanda è di 20 giorni dalla pubblicazione sul B.U.R.** dell'avviso in parola;
- la domanda va presentata, entro il suddetto termine perentorio, **esclusivamente a mezzo posta elettronica certificata (PEC)** personale dell'interessato al seguente indirizzo PEC dell'Azienda sanitaria territorialmente competente:
 - asugi@certsanita.fvg.it - Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI)
 - asufc@certsanita.fvg.it - Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (ASUFC)
 - asfo.protgen@certsanita.fvg.it - Azienda Sanitaria Friuli Occidentale (ASFO)

Nell'oggetto del messaggio va indicata la dicitura "*domanda incarichi vacanti di emergenza prima pubblicazione 2024*". Ai fini dell'accertamento del rispetto dell'anzidetto termine, la data di spedizione è stabilita e comprovata dalla data di spedizione della comunicazione, come risultante dalla marcatura temporale prevista dal sistema di trasmissione della PEC. Il termine ultimo di invio è fissato nelle ore 24.00 del giorno di scadenza del presente avviso.

La domanda di partecipazione è sottoscritta con firma digitale valida rilasciata da un certificatore accreditato oppure è sottoscritta manualmente, scannerizzata e presentata unitamente a copia scannerizzata di un documento di identità. Le scansioni sono in formato PDF.

Non è ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria oppure da PEC non personale, anche se indirizzate alla PEC dell'Azienda sanitaria territorialmente competente.

(parte da compilare da parte dell'Azienda sanitaria territorialmente competente)**INFORMATIVA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI**

1. Titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda _____, rappresentata dal _____, via _____, cap. _____ provincia _____
e-mail: _____ PEC: _____
2. Responsabile della protezione dei dati (RDP) è il dott./dr.ssa _____, in qualità di direttore _____ per particolari funzioni, via _____, cap. _____ provincia _____,
e-mail: _____ PEC: _____
3. Ai sensi del D.lgs n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) come modificato e integrato dal D.lgs n. 101/2018 e del Regolamento europeo 2016/679/UE (General Data Protection Regulation) l'Azienda, si impegna a rispettare il carattere riservato delle informazioni fornite dall'interessato e il trattamento dei dati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, proporzionalità.
4. Il trattamento dei dati forniti dagli interessati o, comunque, assunti in fase istruttoria è funzionale agli adempimenti connessi, strumentali e conseguenti alle procedure di cui al presente avviso. Il loro conferimento è indispensabile per le attività di cui sopra. Il loro eventuale mancato conferimento, la loro inesatta o parziale comunicazione preclude l'attività di gestione delle procedure di assegnazione degli incarichi in parola.
5. Il trattamento dei dati è effettuato avvalendosi sia di mezzi informatici che cartacei protetti e non accessibili al pubblico.

6. I dati forniti possono essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche nazionali per finalità connesse all'espletamento delle procedure di cui al presente avviso e/o per assolvere, nell'ambito dell'istruttoria, a obblighi previsti dalla normativa vigente.
7. Gli interessati hanno diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erranei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, presentare reclamo al Garante dei dati personali, rivolgendo le richieste all'Azienda competente.