

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 _____;

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, erronei 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.