

Al Direttore Generale  
Azienda ARES I 18  
Via Portuense 240, 00149 Roma

DISPONIBILITÀ' PER INCARICHI A TEMPO DETERMINATO DI CONTINUITÀ' ASSISTENZIALE.

MEDICI NON INSERITI GRADUATORIA REGIONALE – (ACN Medicina Generale 2005/2009)

Il/La sottoscritto/a .....

Nato/a a..... (prov.....) il .....

Codice Fiscale.....

Residente a .....in Via/P.za ..... n ..... CAP .....

Telefono.....cel luiare..... Fax.....,

Indirizzo e mail / PEC .....

#### COMUNICA

LA PROPRIA DISPONIBILITÀ" A RICOPRIRE INCARICHI A TEMPO DETERMINATO PRESSO IL SERVIZIO DI CONTINUITÀ' ASSISTENZIALE GESTITI DA QUESTA AZIENDA (CENTRALE D'ASCOLTO)

#### E A TAL FINE DICHIARA:

di aver conseguito: Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di .....

il ..... con voto.. ..... /l 10;

abilitazione all'esercizio professionale presso l'Università di..... il .....

di essere attualmente iscritto all'ordine dei Medici di .....dal..... al .....

con numero..... e che non sussistono provvedimenti disciplinari a proprio carico per condanne e/o

procedimenti penali;

Lo/La scrivente è consapevole che, all'atto del conferimento di un eventuale incarico, dovrà essere in regola con le normative contrattuali vigenti circa le incompatibilità con altri incarichi e si impegna a comunicare per iscritto qualsiasi variazione successiva ai presente atto.

Lo/La scrivente è consapevole che in caso di incarico dovrà essere in grado di garantire, senza limitazioni o altra causa ostativa un impegno orario di 24 ore a settimana da svolgersi nei turni notturni- festivi e prefestivi nonché di effettuare turni di reperibilità in misura del 50% dei turni di servizio assegnati al fine di garantire le esigenze del Servizio, in linea con quanto previsto nell' ACN MMG 2005/2009.

Trattamento dei dati personali: Ai sensi dell'art 13 comma I del D lgs 30/6/2003 n 196, i dati personali forniti con la presente saranno trattati esclusivamente per le finalità inerenti la gestione dei rapporti di lavoro che si dovessero instaurare a seguito dell'utilizzo dell'elenco dei disponibili. La raccolta dei dati è obbligatoria ai fini della valutazione dei requisiti per la formulazione della citata graduatoria aziendale di disponibilità, che sarà pubblicata nell'albo e nel sito web di ARES I 18.

Il responsabile del trattamento dei dati è il Direttore UOC Stato Giuridico ARES I 18.

L'interessato gode dei diritti di cui agli art 7, art 9 cc2,3,5, art IO c 7 del citato D lgs 196/2003, tra i quali il diritto di accesso ai dati che lo riguardano e quello di far rettificare i dati erronei, incompleti o raccolti in termini non conformi al decreto.

data firma

**Allega alla presente copia fotostatica di un documento di identità.**

AUTODICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI NOTORIETÀ' (ART.46 E 47 D.P.R. 28  
DICEMBRE 2000, N. 445) MEDICI NON INSERITI GRADUATORIA SETTORE CONTINUITÀ'  
ASSISTENZIALE

La presente autodichiarazione resa all'Azienda ARESI18 Lazio ai sensi delle norme sopra riportate ha lo scopo di accertare eventuali incompatibilità ovvero inconfiribilità ex ACN MMG 2005-2009. La veridicità delle informazioni in essa riportate sarà accertata d'ufficio.

Il/la sottoscritto/a

Consapevole delle conseguenze anche penali delle dichiarazioni mendaci rese alle Pubbliche amministrazioni, dichiara sotto la propria responsabilità;

1. di essere cittadino italiano/a
2. di essere nato/a: \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_
3. di essere iscritto/a nelle liste elettorali del comune di \_\_\_\_\_ (oppure di non essere iscritto/a per il seguente motivo \_\_\_\_\_ )
4. di essere residente a: \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_ )  
in via \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_
5. di non aver riportato condanne penali né di aver procedimenti penali in corso ovvero di aver riportato le seguenti condanne: \_\_\_\_\_ e/o di avere i seguenti procedimenti in corso: \_\_\_\_\_,
6. Essere /non essere (l) militare
7. di aver conseguito la laurea di Medicina e Chirurgia in data: \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_  
presso l'Università di : \_\_\_\_\_ con il voto di: \_\_\_\_\_ all'età di:
8. di essere regolarmente iscritto/a all'albo dell'ordine dei Medici della Provincia di: \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ con n° \_\_\_\_\_ e che non esistono provvedimenti a mio carico;
9. che il suo codice fiscale è il seguente: \_\_\_\_\_ i \_\_\_\_\_
10. Essere, /non essere (i) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche con incarico o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):  
Soggetto \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_ periodo: dal \_\_\_\_\_
11. Essere /non essere (l) titolare di incarico come medico di Medicina Generale con massimale di n. \_\_\_\_\_ scelte e con n. \_\_\_\_\_ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_;
12. Essere /non essere (l j) titolare di incarico come medico pediatra di libera con massimale di n. \_\_\_\_\_ scelte periodo: dal \_\_\_\_\_ ;

Segue Autodichiarazione Dott./Dott.ssa

13. Essere /non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come  
Specialista ambulatoriale convenzionato interno (2) Azienda \_\_\_\_\_ branca  
\_\_\_\_\_ ore settimanali\_\_\_\_\_
14. Essere /non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni (2)  
Provincia \_\_\_\_\_ branca dal \_\_\_\_\_
15. Avere / non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 c.5 D.Ln. 502/82: Azienda  
via \_\_\_\_\_  
Tipo di attività \_\_\_\_\_ periodo: dal \_\_\_\_\_
16. Essere /non essere (1) titolare di incarico di Guardia Medica nella Continuità Assistenziale o  
nell'Emergenza Sanitaria Territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) nella Regione  
\_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_  
in forma attiva - in forma di disponibilità (1).
17. Essere /non essere iscritto (1) a corso di Formazione in Medicina Generale;
18. Essere /non essere iscritto (1) al corso di Specializzazione in \_\_\_\_\_  
c/o l'Università di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ ;
19. Operare / non operare (1) a qualsiasi titolo e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private  
convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8 quinquies de! D.L.  
502/92 e successive modificazioni (2):  
Organismo \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
Tipo di attività, \_\_\_\_\_  
Tipo di rapporto di avoro\_ \_\_\_\_\_  
Periodo: dal \_\_\_\_\_
20. Essere /non essere (1) titolare di trattamento pensionistico e previdenziale  
c/o \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

NOTE:

Segue Autodichiarazione Dott./Dott.ssa

POSSESSO DEI SEGUENTI TITOLI

- O Di essere in possesso dell'attestato/diploma di formazione in Medicina Generale o titolo equipollente ex D. Lgs n. 368/99 conseguito il..... \_.. presso .....
- O Di aver conseguito l'abilitazione professionale entro il 31.12.1994 ovvero il..... presso.....
- O Di essere iscritto corso di formazione specifica in Medicina Generale dal..... presso.....
- O Di essere medico specializzando, anche se in possesso del titolo di formazione specifica in Medicina Generale.
- O Di non detenere alcun rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato o non siano titolari di borse di studio anche inerenti a corsi di specializzazione.
- O Di essersi Laureato in Medicina e Chirurgia all'età di anni .....
- O Di aver conseguito il seguente Voto di Laurea.....;
- O Di possedere al momento della pubblicazione del Bando una Anzianità di laurea di mesi.....

Autorizzo il trattamento dei suoi dati personali che avverrà anche per il tramite di un soggetto esterno ( M.E.F.) ai fini dello svolgimento del rapporto d'impiego e si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

N.B. Alla presente autocertificazione dovrà necessariamente essere allegata la fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità ( art. 38, D.P.R. 445 del 28/12/2000).  
Dichiaro altresì di non aver mai prestato servizi presso Pubblica Amministrazione con rapporto di dipendenza ovvero di non aver avuto precedenti rapporti di impiego con la Pubblica Amministrazione che si sono conclusi con un provvedimento di licenziamento, decadenza, destituzione. **Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero. In fede.**

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

ALLEGA ALLA PRESENTE AUTODICHIARAZIONE COPIA VALIDO DOCUMENTO DI IDENTITÀ

Tipo di documento\_\_\_\_\_ Nr.\_\_\_\_\_

Rilasciato da .....il \_\_\_\_\_

Scadenza il \_\_\_\_\_

La presente autodichiarazione si compone di nr. 3 (tre) pagine