

Al Direttore Generale Azienda ARES 118
Via Portuense 240 00149 Roma

DOMANDA DI INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA AZIENDALE DI DISPONIBILITÀ PER IL CONFERIMENTO DI
INCARICHI DI SOSTITUZIONE E PROVVISORI PER LA CENTRALE D'ASCOLTO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE
MEDICI INSERITI IN 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 C.A.P.
Telefono cellulare Fax
Indirizzo e mail / PEC

COMUNICA

LA PROPRIA DISPONIBILITÀ A RICOPRIRE INCARICHI A TEMPO DETERMINATO PRESSO I
SERVIZI 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 /110;
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;
di essere inserito nella graduatoria Regionale di settore per la continuità assistenziale del Lazio, di cui al BUR Lazio
n. del nella posizione n. con punti

Lo/La scrivente è consapevole che, all'atto del conferimento di un eventuale incarico, dovrà essere a norma con le
normative contrattuali vigenti circa le incompatibilità con altri incarichi e si impegna a comunicare per iscritto
qualsiasi variazione successiva al 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- diurni festivi e pre- festivi
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 1 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 118.

Il responsabile del trattamento dei dati è il Direttore UOC Gestione Risorse Umane ARES 118.
L'interessato gode dei diritti di cui agli art 7, art 9 cc2,3,5, art 10 c 7 dek 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 NOTORIETA'
(ART.46 E 47 D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445)
MEDICI INSERITI IN GRADUATORIA REGIONALE CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

La presente autodichiarazione resa all'Azienda ARES118 Lazio ai sensi delle norme sopra riportate ha lo scopo di accertare eventuali incompatibilità ovvero inconferibilità 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 _____ C.A.P. _____
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 (1) 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: _____
10. Essere /non essere (1) 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 (1) 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 (1) 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.L.n. 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 del D.L. 502/92 e successive modificazioni (2):
Organismo _____ ore settimanali _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____;
20. Essere /non essere (1) titolare di trattamento pensionistico e previdenziale
c/o _____ dal _____

NOTE: _____

AL FINE DELLA FORMULAZIONE DELLA GRADUATORIA DI DISPONIBILITA'

RAPPRESENTO IL POSSESSO DEI SEGUENTI TITOLI

- ☐ Di essere in possesso dell'attestato/diploma di formazione in Medicina Generale o titolo equipollente ex D. Lgs n. 368/99 conseguito il presso.....
- ☐ Di aver conseguito l'abilitazione professionale entro il 31.12.1994 ovvero il..... presso.....
- ☐ Di essere iscritto corso di formazione specifica in Medicina Generale dal..... presso.....
- ☐ Di essere medico specializzando, anche se in possesso del titolo di formazione specifica in Medicina Generale.
- ☐ 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.
- Di essersi Laureato in Medicina e Chirurgia all'età di anni
- Di aver conseguito il seguente Voto di Laurea;
- 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 IDENTITA'

Tipo di documento _____ Nr. _____

Rilasciato da _____ il _____

Scadenza il _____

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