



REPUBBLICA ITALIANA

# BOLLETTINO UFFICIALE

## DELLA REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Cagliari, giovedì 29 novembre 2018

Parte I e II

DIREZIONE, REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE: Presidenza della Regione – Via Zara 09123 CAGLIARI  
Tel. 070 6061 – Sito Internet: <http://buras.regione.sardegna.it/> – e-mail: [pres.buras@regione.sardegna.it](mailto:pres.buras@regione.sardegna.it)



Autore: Elisabetta Loi

Castagna

**SUPPLEMENTO STRAORDINARIO N.76 AL BOLLETTINO N.53**

### **Assessorato Igiene e sanità e dell'assistenza sociale**

**- Incarichi vacanti di Assistenza Primaria - anni 2014-2015-2016-2017  
rettifica determinazione n. 1295 del 13.11.2018, allegati 2a, 2b, 2c e 2d.**

**- Incarichi vacanti di Continuità Assistenziale - anni 2015-2016-2017  
rettifica determinazione n. 1294 del 13.11.2018, allegati 2a, 2b e 2c.**

## Indice

### Determinazioni dei dirigenti

**Assessorato Igiene e sanità e dell'assistenza sociale**

**Direzione generale della sanità**

**Servizio di promozione e governo delle reti di cura**

**n. 1414 del 26 novembre 2018**

Incarichi vacanti di Assistenza Primaria - anni 2014-2015-2016-2017 – rettifica determinazione n. 1295 del 13.11.2018, allegati 2a, 2b, 2c e 2d.....pag.3

**n. 1415 del 26 novembre 2018**

Incarichi vacanti di Continuità Assistenziale - anni 2015-2016-2017 – rettifica determinazione n. 1294 del 13.11.2018, allegati 2a, 2b e 2c.....pag.20

**Assessorato Igiene e sanità e dell'assistenza sociale**

Direzione generale della sanità

Servizio di promozione e governo delle reti di cura

**Determinazione**

n. 1414 del 26 novembre 2018

**Incarichi vacanti di Assistenza Primaria - anni 2014-2015-2016-2017 – rettifica determinazione n. 1295 del 13.11.2018, allegati 2a, 2b, 2c e 2d.**

Il Direttore del Servizio

VISTO lo Statuto Speciale della Regione Autonoma della Sardegna e le relative norme di attuazione;

VISTA la Legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale n. 833 del 23 dicembre 1978;

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e le successive modificazioni e integrazioni;

VISTA la Legge Regionale 28 luglio 2006, n. 10 recante norme di tutela della salute e riordino del Servizio Sanitario della Sardegna;

VISTA la Legge Regionale 13 novembre 1998, n. 31 e le successive modificazioni e integrazioni;

VISTA la Legge Regionale 21 aprile 2005, n. 7, che all'articolo 13, comma 5, ha previsto che i territori di competenza di ciascuna delle otto Aziende Sanitarie Locali della Sardegna, coincidano con quelli delle circoscrizioni provinciali, individuate ai sensi della legge regionale n. 10/2002 e della legge regionale n. 10/2003;

VISTA la Deliberazione della Giunta Regionale n. 60/9 del 5 novembre 2008 recante "definizione degli ambiti territoriali dell'assistenza primaria";

VISTA la Legge Regionale 27 luglio 2016, n. 17 che ha istituito, a decorrere dal 1 gennaio 2017, l'Azienda per la tutela della salute (ATS);

VISTO l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, reso esecutivo con l'Intesa Stato – Regioni del 23 marzo 2005 e ss.mm.ii. (ACN 23.03.2005);

VISTO l'Accordo Integrativo Regionale della Medicina Generale (AIR) del 28 aprile 2010, approvato con la Deliberazione della Giunta Regionale n.19/9 del 12 maggio 2010;

VISTA la determinazione n. 1295 del 13.11.2018 "Incarichi vacanti di Assistenza primaria anni 2014-2015-2016-2017" pubblicata sul supplemento straordinario n. 72 al Buras n. 52 del 22 novembre 2018;

CONSIDERATO che per mero errore materiale, gli allegati 2a, 2b, 2c e 2d contengono richiami ad annualità non corrette e che, pertanto, si rende necessario rettificarli e sostituirli;

RITENUTO di dover provvedere alla rettifica e alla pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione

Sardegna dei nuovi allegati 2a, 2b, 2c e 2d, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

VISTO Il Decreto dell'Assessore degli Affari Generali, Personale e Riforma della Regione n. 9436/22 del 28 marzo 2018, con il quale sono state conferite al Dott. Marcello Tidore le funzioni di Direttore del Servizio Promozione e governo delle reti di cure dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale;

Determina

ART.1 In conformità a quanto indicato nelle premesse, di rettificare la determinazione n. 1295 del 13.11.2018 limitatamente agli allegati 2a, 2b, 2c e 2d, che si allegano corretti quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

ART.2 Di procedere alla pubblicazione nel Buras, dei nuovi allegati 2a, 2b, 2c e 2d.

ART.3 Tutte le domande per trasferimento e per il conferimento degli incarichi a tempo indeterminato in regola con le norme vigenti sull'imposta di bollo, dovranno essere trasmesse entro 15 giorni a decorrere dal giorno successivo alla data di pubblicazione della presente determinazione sul Buras, a mezzo raccomandata A/R, alla ASSL di Cagliari, via Pier della Francesca 1, 09047 Selargius – Cagliari, secondo la modulistica allegata che sarà disponibile anche sul sito [www.regionesardegna.it](http://www.regionesardegna.it) e presso l'Ufficio URP dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale.

ART.4 Sono fatte salve le domande già presentate entro i termini previsti dalla precedente pubblicazione sul Buras n. 52 supplemento straordinario n. 72 del 22/11/2018, a condizione che riportino i dati corretti con riferimento all'annualità indicata nell'oggetto della stessa

ART.5 Restano invariate le parti non interessate dal presente provvedimento.

Per quanto non espressamente previsto dal presente provvedimento si rimanda a quanto disposto dall'ACN del 23 marzo 2005.

Il presente provvedimento è trasmesso all'Assessore dell'Igiene, Sanità e dell'Assistenza Sociale ai sensi dell'articolo 21, comma 9, della Legge Regionale 13 novembre 1998, n. 31 e successive modificazioni ed integrazioni.

Tidore

## ALLEGATO 2a

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI  
VACANTI  
DI ASSISTENZA PRIMARIA  
(PER GRADUATORIA ANNO 2014)**

Bollo 16 €

RACCOMANDATA A. R.

**ASSL CAGLIARI  
Via Pier della Francesca, 1  
09047 Selargius (CA)**

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ M  F  codice fiscale \_\_\_\_\_ Residente a  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel.  
\_\_\_\_\_, inserito nella graduatoria unica regionale di cui all'art. 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina  
generale valevole per l'anno 2014 pubblicata sul supplemento straordinario n.45 al BURAS n. 51 del 14/11/2013 e successivamente, a  
parziale rettifica, sul supplemento straordinario n.40 al BURAS n. 25 del 25/05/2017

**FA DOMANDA**

secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2, lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale del 23/03/2005 e  
s.m.i., di assegnazione degli incarichi vacanti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma della  
Sardegna n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, e segnatamente per i seguenti incarichi:

ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'art. 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 barratura 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:

- la propria residenza  
 il domicilio sotto indicato

c/o \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_.

Allega alla presente, **unitamente alla copia fotostatica del documento di identità**, la documentazione o autocertificazione e  
dichiarazione sostitutiva, atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'articolo 34, comma 2, lettera  
b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale:  
allegati n. \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) documenti.

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno  
trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data \_\_\_\_\_

Firma per esteso \_\_\_\_\_

## ALLEGATO 2a

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
(Art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

(PER GRADUATORIA ANNO 2014)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ ai sensi e agli effetti dell'art.46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di  
dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. citato,

## dichiara:

- di essere residente nella Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- dichiara altresì, di essere stato precedentemente a tale data, residente nel Comune (1) di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(1) Qualora negli ultimi due anni siano stati cambiati più Comuni di residenza, indicare quali con i relativi periodi.

## ALLEGATO 2a

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ  
(art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

(PER GRADUATORIA ANNO 2014)

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ iscritto all'Albo dei \_\_\_\_\_  
della Provincia di \_\_\_\_\_ ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle  
sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. citato,

## dichiara 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 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale del 23/03/2005 con massimale di n. \_\_\_\_ scelte e con n. \_\_\_\_ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di \_\_\_\_\_ ASSSL \_\_\_\_\_ periodo dal \_\_\_\_\_;
- 3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la pediatria di libera scelta del 15/12/2005 con massimale di n. \_\_\_\_ scelte ASSSL \_\_\_\_\_ periodo dal \_\_\_\_\_;
- 4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno (2):  
ASSSL \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_
- 5) svolgere/non svolgere (1) attività di medico specialista ambulatoriale accreditato (2)  
Provincia \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ periodo dal \_\_\_\_\_;
- 6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 c. 5, decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:  
ASSSL di \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
Tipo di attività \_\_\_\_\_ periodo dal \_\_\_\_\_;
- 7) essere/non essere (1) titolare di incarico nella continuità assistenziale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione Sardegna o in altra regione (2): Regione \_\_\_\_\_ Area socio Sanitaria Locale di \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ in forma attiva - in forma di disponibilità (1);
- 8) essere/non essere (1) titolare di incarico nell'emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione Sardegna o in altra regione (2): Regione \_\_\_\_\_ Area socio Sanitaria Locale di \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ in forma attiva - in forma di disponibilità (1)
- 9) 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 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:  
Denominazione del corso: \_\_\_\_\_  
Soggetto pubblico che lo svolge \_\_\_\_\_  
Inizio dal \_\_\_\_\_;
- 10) 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 ASSSL ai sensi dell'art. 8 - quinquies del D.L.vo 502/92 e successive modificazioni (2):  
Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
Tipo di attività \_\_\_\_\_  
Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
Periodo dal \_\_\_\_\_;
- 11) 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 \_\_\_\_\_

## ALLEGATO 2a

- Periodo dal \_\_\_\_\_;
- 12) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della legge n. 626/93  
 ASST di \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
 Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
 Periodo dal \_\_\_\_\_;
- 13) svolgere/non svolgere (1), per conto dell'INPS dell'ASST di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte (2);  
 ASST di \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
 Periodo dal \_\_\_\_\_;
- 14) 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 \_\_\_\_\_
- 15) essere/non essere (1) titolare o partecipante di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;  
 \_\_\_\_\_
- 16) 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 \_\_\_\_\_;
- 17) 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 scrivere nessuna);  
 \_\_\_\_\_  
 Periodo dal \_\_\_\_\_;
- 18) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato (1) (2):  
 ASST di \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
 Tipo di attività \_\_\_\_\_  
 Periodo dal \_\_\_\_\_;
- 19) 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 \_\_\_\_\_;
- 20) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a (2):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Periodo dal \_\_\_\_\_
- 21) 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 \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 47, comma 1 e dell'art. 38, comma 3, del DPR n. 445/2000 la dichiarazione sostitutiva di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

(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".

## ALLEGATO 2b

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI  
VACANTI  
DI ASSISTENZA PRIMARIA  
(PER GRADUATORIA ANNO 2015)**

Bollo 16 €

**RACCOMANDATA A. R.**

**ASSL CAGLIARI  
Via Pier della Francesca, 1  
09047 Selargius (CA)**

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ M  F  codice fiscale \_\_\_\_\_ Residente a  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel.  
\_\_\_\_\_, inserito nella graduatoria unica regionale di cui all'art. 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina  
generale valevole per l'anno 2015 pubblicata sul supplemento straordinario n.61 al BURAS n. 57 del 04/12/2014 e successivamente, a  
parziale rettifica, sul supplemento straordinario n.40 al BURAS n. 25 del 25/05/2017

**FA DOMANDA**

secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2, lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale del 23/03/2005 e  
s.m.i., di assegnazione degli incarichi vacanti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma della  
Sardegna n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, e segnatamente per i seguenti incarichi:

ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'art. 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 barratura 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:

- la propria residenza  
 il domicilio sotto indicato

c/o \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_.

Allega alla presente, **unitamente alla copia fotostatica del documento di identità**, la documentazione o autocertificazione e  
dichiarazione sostitutiva, atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'articolo 34, comma 2, lettera  
b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale:  
allegati n. \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) documenti.

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno  
trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data \_\_\_\_\_

Firma per esteso \_\_\_\_\_



## ALLEGATO 2b

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
(Art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

(PER GRADUATORIA ANNO 2015)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ ai sensi e agli effetti dell'art.46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di  
dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. citato,

## dichiara:

- di essere residente nella Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- dichiara altresì, di essere stato precedentemente a tale data, residente nel Comune (1) di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(1) Qualora negli ultimi due anni siano stati cambiati più Comuni di residenza, indicare quali con i relativi periodi.

## ALLEGATO 2b

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ  
(art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

(PER GRADUATORIA ANNO 2015)

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ iscritto all'Albo dei \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_ ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. citato,

## dichiara 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 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale del 23/03/2005 con massimale di n. \_\_\_\_ scelte e con n. \_\_\_\_ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di \_\_\_\_\_ ASSSL \_\_\_\_\_ periodo dal \_\_\_\_\_;
- 3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la pediatria di libera scelta del 15/12/2005 con massimale di n. \_\_\_\_ scelte ASSSL \_\_\_\_\_ periodo dal \_\_\_\_\_;
- 4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno (2);  
ASSSL \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_
- 5) svolgere/non svolgere (1) attività di medico specialista ambulatoriale accreditato (2)  
Provincia \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ periodo dal \_\_\_\_\_;
- 6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 c. 5, decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:  
ASSSL di \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
Tipo di attività \_\_\_\_\_ periodo dal \_\_\_\_\_;
- 7) essere/non essere (1) titolare di incarico nella continuità assistenziale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione Sardegna o in altra regione (2): Regione \_\_\_\_\_ Area socio Sanitaria Locale di \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ in forma attiva - in forma di disponibilità (1);
- 8) essere/non essere (1) titolare di incarico nell'emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione Sardegna o in altra regione (2): Regione \_\_\_\_\_ Area socio Sanitaria Locale di \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ in forma attiva - in forma di disponibilità (1)
- 9) 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 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:  
Denominazione del corso: \_\_\_\_\_  
Soggetto pubblico che lo svolge \_\_\_\_\_  
Inizio dal \_\_\_\_\_;
- 10) 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 ASSSL ai sensi dell'art. 8 - quinquies del D.L.vo 502/92 e successive modificazioni (2):  
Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
Tipo di attività \_\_\_\_\_  
Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
Periodo dal \_\_\_\_\_;
- 11) 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 \_\_\_\_\_

## ALLEGATO 2b

- Periodo dal \_\_\_\_\_;
- 12) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della legge n. 626/93  
 ASST di \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
 Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
 Periodo dal \_\_\_\_\_;
- 13) svolgere/non svolgere (1), per conto dell'INPS dell'ASST di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte (2);  
 ASST di \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
 Periodo dal \_\_\_\_\_;
- 14) 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 \_\_\_\_\_
- 15) essere/non essere (1) titolare o partecipante di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;  
 \_\_\_\_\_
- 16) 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 \_\_\_\_\_;
- 17) 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 scrivere nessuna);  
 \_\_\_\_\_  
 Periodo dal \_\_\_\_\_;
- 18) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato (1) (2):  
 ASST di \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
 Tipo di attività \_\_\_\_\_  
 Periodo dal \_\_\_\_\_;
- 19) 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 \_\_\_\_\_;
- 20) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a (2):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Periodo dal \_\_\_\_\_
- 21) 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 \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 47, comma 1 e dell'art. 38, comma 3, del DPR n. 445/2000 la dichiarazione sostitutiva di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

(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".

## ALLEGATO 2c

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI  
VACANTI  
DI ASSISTENZA PRIMARIA  
(PER GRADUATORIA ANNO 2016)**

Bollo 16 €

**RACCOMANDATA A. R.**

**ASSL CAGLIARI  
Via Pier della Francesca, 1  
09047 Selargius (CA)**

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ M  F  codice fiscale \_\_\_\_\_ Residente a  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel.  
\_\_\_\_\_, inserito nella graduatoria unica regionale di cui all'art. 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina  
generale valevole per l'anno 2016 pubblicata sul supplemento straordinario n.58 al BURAS n. 53 del 26/11/2015 e successivamente, a  
parziale rettifica, sul supplemento straordinario n.40 al BURAS n. 25 del 25/05/2017 ;

**FA DOMANDA**

secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2, lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale del 23/03/2005 e  
s.m.i., di assegnazione degli incarichi vacanti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma della  
Sardegna n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, e segnatamente per i seguenti incarichi:

ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'art. 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 barratura 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:

- la propria residenza  
 il domicilio sotto indicato

c/o \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_.

Allega alla presente, **unitamente alla copia fotostatica del documento di identità**, la documentazione o autocertificazione e  
dichiarazione sostitutiva, atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'articolo 34, comma 2, lettera  
b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale:  
allegati n. \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) documenti.

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno  
trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data \_\_\_\_\_

Firma per esteso \_\_\_\_\_

## ALLEGATO 2c

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
(Art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)****(PER GRADUATORIA ANNO 2016)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ ai sensi e agli effetti dell'art.46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di  
dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. citato,

**dichiara:**

- di essere residente nella Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- dichiara altresì, di essere stato precedentemente a tale data, residente nel Comune (1) di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(1) Qualora negli ultimi due anni siano stati cambiati più Comuni di residenza, indicare quali con i relativi periodi.

## ALLEGATO 2c

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ  
(art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

(PER GRADUATORIA ANNO 2016)

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ iscritto all'Albo dei \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_ ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. citato,

## dichiara 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 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale del 23/03/2005 con massimale di n. \_\_\_\_ scelte e con n. \_\_\_\_ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di \_\_\_\_\_ ASSSL \_\_\_\_\_ periodo dal \_\_\_\_\_;
- 3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la pediatria di libera scelta del 15/12/2005 con massimale di n. \_\_\_\_ scelte ASSSL \_\_\_\_\_ periodo dal \_\_\_\_\_;
- 4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno (2);  
ASSSL \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_
- 5) svolgere/non svolgere (1) attività di medico specialista ambulatoriale accreditato (2)  
Provincia \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ periodo dal \_\_\_\_\_;
- 6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 c. 5, decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:  
ASSSL di \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
Tipo di attività \_\_\_\_\_ periodo dal \_\_\_\_\_;
- 7) essere/non essere (1) titolare di incarico nella continuità assistenziale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione Sardegna o in altra regione (2): Regione \_\_\_\_\_ Area socio Sanitaria Locale di \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ in forma attiva - in forma di disponibilità (1);
- 8) essere/non essere (1) titolare di incarico nell'emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione Sardegna o in altra regione (2): Regione \_\_\_\_\_ Area socio Sanitaria Locale di \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ in forma attiva - in forma di disponibilità (1)
- 9) 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 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:  
Denominazione del corso: \_\_\_\_\_  
Soggetto pubblico che lo svolge \_\_\_\_\_  
Inizio dal \_\_\_\_\_;
- 10) 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 ASSSL ai sensi dell'art. 8 - quinquies del D.L.vo 502/92 e successive modificazioni (2):  
Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
Tipo di attività \_\_\_\_\_  
Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
Periodo dal \_\_\_\_\_;
- 11) 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 \_\_\_\_\_

## ALLEGATO 2c

- Periodo dal \_\_\_\_\_;
- 12) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della legge n. 626/93  
 ASL di \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
 Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
 Periodo dal \_\_\_\_\_;
- 13) svolgere/non svolgere (1), per conto dell'INPS dell'ASL di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte (2);  
 ASL di \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
 Periodo dal \_\_\_\_\_;
- 14) 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 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_;
- 15) essere/non essere (1) titolare o partecipante di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;  
 \_\_\_\_\_
- 16) 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 \_\_\_\_\_;
- 17) 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 scrivere nessuna);  
 \_\_\_\_\_  
 Periodo dal \_\_\_\_\_;
- 18) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato (1) (2):  
 ASL di \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
 Tipo di attività \_\_\_\_\_  
 Periodo dal \_\_\_\_\_;
- 19) 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 \_\_\_\_\_;
- 20) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a (2):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Periodo dal \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_;
- 21) 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 \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 47, comma 1 e dell'art. 38, comma 3, del DPR n. 445/2000 la dichiarazione sostitutiva di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

(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".

## ALLEGATO 2d

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI  
VACANTI  
DI ASSISTENZA PRIMARIA  
(PER GRADUATORIA ANNO 2017)**

Bollo 16 €

**RACCOMANDATA A. R.**

**ASSL CAGLIARI  
Via Pier della Francesca, 1  
09047 Selargius (CA)**

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ M  F  codice fiscale \_\_\_\_\_ Residente a  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel.  
\_\_\_\_\_, inserito nella graduatoria unica regionale di cui all'art. 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina  
generale valevole per l'anno 2017 pubblicata sul supplemento straordinario n.10 al BURAS n. 9 del 16/02/2017 e successivamente, a  
parziale rettifica, sul supplemento straordinario n.40 al BURAS n. 25 del 25/05/2017

**FA DOMANDA**

secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2, lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale del 23/03/2005 e  
s.m.i., di assegnazione degli incarichi vacanti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma della  
Sardegna n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, e segnatamente per i seguenti incarichi:

ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'art. 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 barratura 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:

- la propria residenza  
 il domicilio sotto indicato

c/o \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_.

Allega alla presente, **unitamente alla copia fotostatica del documento di identità**, la documentazione o autocertificazione e  
dichiarazione sostitutiva, atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'articolo 34, comma 2, lettera  
b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale:  
allegati n. \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) documenti.

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno  
trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data \_\_\_\_\_

Firma per esteso \_\_\_\_\_



## ALLEGATO 2d

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
(Art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

(PER GRADUATORIA ANNO 2017)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ ai sensi e agli effetti dell'art.46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di  
dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. citato,

## dichiara:

- di essere residente nella Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- dichiara altresì, di essere stato precedentemente a tale data, residente nel Comune (1) di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(1) Qualora negli ultimi due anni siano stati cambiati più Comuni di residenza, indicare quali con i relativi periodi.

## ALLEGATO 2d

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ  
(art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

(PER GRADUATORIA ANNO 2017)

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ iscritto all'Albo dei \_\_\_\_\_  
della Provincia di \_\_\_\_\_ ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle  
sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. citato,

## dichiara 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 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale del 23/03/2005 con massimale di n. \_\_\_\_ scelte e con n. \_\_\_\_ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di \_\_\_\_\_ ASSSL \_\_\_\_\_ periodo dal \_\_\_\_\_;
- 3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la pediatria di libera scelta del 15/12/2005 con massimale di n. \_\_\_\_ scelte ASSSL \_\_\_\_\_ periodo dal \_\_\_\_\_;
- 4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno (2);  
ASSSL \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_
- 5) svolgere/non svolgere (1) attività di medico specialista ambulatoriale accreditato (2)  
Provincia \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ periodo dal \_\_\_\_\_;
- 6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 c. 5, decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:  
ASSSL di \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
Tipo di attività \_\_\_\_\_ periodo dal \_\_\_\_\_;
- 7) essere/non essere (1) titolare di incarico nella continuità assistenziale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione Sardegna o in altra regione (2): Regione \_\_\_\_\_ Area socio Sanitaria Locale di \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ in forma attiva - in forma di disponibilità (1);
- 8) essere/non essere (1) titolare di incarico nell'emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione Sardegna o in altra regione (2): Regione \_\_\_\_\_ Area socio Sanitaria Locale di \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ in forma attiva - in forma di disponibilità (1)
- 9) 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 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:  
Denominazione del corso: \_\_\_\_\_  
Soggetto pubblico che lo svolge \_\_\_\_\_  
Inizio dal \_\_\_\_\_;
- 10) 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 ASSSL ai sensi dell'art. 8 - quinquies del D.L.vo 502/92 e successive modificazioni (2):  
Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
Tipo di attività \_\_\_\_\_  
Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
Periodo dal \_\_\_\_\_;
- 11) 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 \_\_\_\_\_

## ALLEGATO 2d

- Periodo dal \_\_\_\_\_;
- 12) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della legge n. 626/93  
 ASST di \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
 Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
 Periodo dal \_\_\_\_\_;
- 13) svolgere/non svolgere (1), per conto dell'INPS dell'ASST di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte (2);  
 ASST di \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_  
 Periodo dal \_\_\_\_\_;
- 14) 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 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_;
- 15) essere/non essere (1) titolare o partecipante di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;  
 \_\_\_\_\_
- 16) 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 \_\_\_\_\_;
- 17) 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 scrivere nessuna);  
 \_\_\_\_\_  
 Periodo dal \_\_\_\_\_;
- 18) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato (1) (2):  
 ASST di \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
 Tipo di attività \_\_\_\_\_  
 Periodo dal \_\_\_\_\_;
- 19) 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 \_\_\_\_\_;
- 20) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a (2):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Periodo dal \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_;
- 21) 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 \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 47, comma 1 e dell'art. 38, comma 3, del DPR n. 445/2000 la dichiarazione sostitutiva di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

(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".

Assessorato Igiene e sanità e dell'assistenza sociale

**Direzione generale della sanità**

**Servizio di promozione e governo delle reti di cura**

**Determinazione**

n. 1415 del 26 novembre 2018

**Incarichi vacanti di Continuità Assistenziale - anni 2015-2016-2017 – rettifica determinazione n. 1294 del 13.11.2018, allegati 2a, 2b e 2c.**

Il Direttore del Servizio

VISTO lo Statuto Speciale della Regione Autonoma della Sardegna e le relative norme di attuazione;

VISTA la Legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale n. 833 del 23 dicembre 1978;

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e le successive modificazioni e integrazioni;

VISTA la Legge Regionale 28 luglio 2006, n. 10 recante norme di tutela della salute e riordino del Servizio Sanitario della Sardegna;

VISTA la Legge Regionale 13 novembre 1998, n. 31 e le successive modificazioni e integrazioni;

VISTA la Legge Regionale 21 aprile 2005, n. 7, che all'articolo 13, comma 5, ha previsto che i territori di competenza di ciascuna delle otto Aziende Sanitarie Locali della Sardegna, coincidano con quelli delle circoscrizioni provinciali, individuate ai sensi della legge regionale n. 10/2002 e della legge regionale n. 10/2003;

VISTA la Legge Regionale 27 luglio 2016, n. 17 che ha istituito, a decorrere dal 1 gennaio 2017 l'Azienda per la tutela della salute (ATS);

VISTO l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, reso esecutivo con l'intesa Stato – Regioni del 23 marzo 2005 e ss.mm.ii. (ACN 23.03.2005);

VISTO l'Accordo Integrativo Regionale della Medicina Generale (AIR) del 28 aprile 2010, approvato con la Deliberazione della Giunta Regionale n.19/9 del 12 maggio 2010;

VISTO l'art. 15 comma 11 dell'ACN 23.3.2005 ai sensi del quale i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento;

VISTA la determinazione n. 1294 del 13.11.2018 "Incarichi vacanti di Continuità assistenziale anni 2015-2016-2017" pubblicata sul supplemento straordinario n. 72 al Buras n. 52 del 22 novembre 2018;

CONSIDERATO che per mero errore materiale, gli allegati 2a, 2b e 2c contengono richiami ad annualità non corrette e che, pertanto, si rende necessario rettificarli e sostituirli;

RITENUTO di dover provvedere alla rettifica e alla pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Sardegna dei nuovi allegati 2a, 2b e 2c parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

VISTO Il Decreto dell'Assessore degli Affari Generali, Personale e Riforma della Regione n. 9436/22 del 28 marzo 2018, con il quale sono state conferite al Dott. Marcello Tidore le funzioni di Direttore del Servizio Promozione e governo delle reti di cure dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale;

Determina

ART.1 In conformità a quanto indicato nelle premesse, di rettificare la determinazione n. 1294 del 13.11.2018 limitatamente agli allegati 2a, 2b e 2c, che si allegano corretti quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

ART.2 Di procedere alla pubblicazione nel Buras, dei nuovi allegati 2a, 2b e 2c.

ART.3 Tutte le domande per trasferimento e per il conferimento degli incarichi a tempo indeterminato in regola con le norme vigenti sull'imposta di bollo, dovranno essere trasmesse entro 15 giorni a decorrere dal giorno successivo alla data di pubblicazione della presente determinazione sul Buras, a mezzo raccomandata A/R, alla ASL di Cagliari, via Pier della Francesca 1, 09047 Selargius – Cagliari, secondo la modulistica allegata che sarà disponibile anche sul sito [www.regionesardegna.it](http://www.regionesardegna.it) e presso l'Ufficio URP dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale.

ART.4 Sono fatte salve le domande già presentate entro i termini previsti dalla precedente pubblicazione sul Buras n. 52 supplemento straordinario n. 72 del 22/11/2018, a condizione che riportino i dati corretti con riferimento all'annualità indicata nell'oggetto della stessa.

ART.5 Restano invariate le parti non interessate dal presente provvedimento.

Per quanto non espressamente previsto dal presente provvedimento si rimanda a quanto disposto dall'ACN del 23 marzo 2005.

Il presente provvedimento è trasmesso all'Assessore dell'Igiene, Sanità e dell'Assistenza Sociale ai sensi dell'articolo 21, comma 9, della Legge Regionale 13 novembre 1998, n. 31 e successive modificazioni ed integrazioni.

Tidore

## ALLEGATO 2a

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI  
CONTINUITA' ASSISTENZIALE

BOLLO € 16

(PER GRADUATORIA ANNO 2015)

A.S.S.L. di Cagliari  
Via Pier della Francesca, 1  
09047 Selargius (CA)

Il sottoscritto/a Dr.....nato/a a.....il.....  
residente a.....prov.....Via.....n. ....  
CAP.....tel.....cell.....

Iscritto/a nella graduatoria unica regionale per la medicina generale valevole per l'anno 2015 (pubblicata nel Supplemento Straordinario n.61 al BURAS n. 57 del 04/12/2014 e successivamente, a parziale rettifica, sul supplemento straordinario n.40 al BURAS n. 25 del 25/05/2017

## FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 63 comma 2, lett.b) dell'ACN del 23/03/2005 e s.m.i., per l'assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati nel BURAS n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, come di seguito indicato:

SEDE		ASSL		SEDE		ASSL	
SEDE		ASSL		SEDE		ASSL	
SEDE		ASSL		SEDE		ASSL	
SEDE		ASSL		SEDE		ASSL	
SEDE		ASSL		SEDE		ASSL	
SEDE		ASSL		SEDE		ASSL	
SEDE		ASSL		SEDE		ASSL	

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 artt. 46 e 47 del DPR 445/00:

## DICHIARA

- 1) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di.....in data.....con voto.....
- 2) di essere iscritto/a nella graduatoria unica regionale valevole per il 2015 con punti.....
- 3) di essere residente nel Comune di.....prov..... dal.....a tutt'oggi  
(giorno/mese/anno)
- 4) precedenti residenze:  
dal.....al.....Comune di.....prov.....  
dal.....al.....Comune di.....prov.....  
dal.....al.....Comune di.....prov.....  
dal.....al.....Comune di.....prov.....

- 5) di essere in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale conseguito presso la Regione.....in data.....

DICHIARA INOLTRE

- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale<sup>1</sup>.

Il sottoscritto chiede di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appreso indicato (barrare una sola casella; in caso di barratura di entrambe o in mancanza di indicazione della riserva prescelta la domanda non sarà valutata):

- riserva per i medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale (60%)  
 riserva per i medici in possesso di titolo equipollente (40%).

Allega dichiarazione sostitutiva di atto notorio per l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo:

.....

Data

Firma <sup>2</sup>

.....

.....

<sup>1</sup> ai sensi dell'art. 15, comma 11, dell' ACN 23/03/2005 e s.m.i., i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.

<sup>2</sup> La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore. (art. 38 del DPR 445/00).

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... prov. .... il  
.....  
residente a ..... prov.  
.....  
Via ..... n. .... CAP  
.....  
ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

## D I C H I A R A

- 1) essere/non essere \* 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:  
soggetto ..... ore settimanali ..... via  
..... comune ..... tipo di rapporto di lavoro  
..... dal .....
- 2) essere/non essere \* titolare di incarico di assistenza primaria presso l'Area socio sanitaria locale di..... ambito territoriale di.....;
- 3) essere/non essere \* titolare di incarico come medico specialista pediatra di libera scelta presso l'Area socio sanitaria locale di..... ambito territoriale di.....;
- 4) essere/non essere \* titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:  
A.S.S.L ..... branca ..... ore settimanali .....;  
A.S.S.L ..... branca ..... ore settimanali .....
- 5) essere/non essere \* iscritto negli elenchi dei medici specialisti preaccreditati esterni:  
provincia ..... branca ..... dal .....
- 6) essere/non essere \* titolare di incarico a tempo determinato o indeterminato di continuità assistenziale o emergenza sanitaria territoriale nella Regione.....Azienda  
..... ore settimanali .....
- 7) essere/non essere \* iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al decreto legislativo n. 256/91 o a corsi di specializzazione di cui al decreto legislativo n. 257/91 e corrispondenti norme del decreto legislativo n. 368/99:  
denominazione del corso ..... soggetto che lo  
svolge.....inizio dal .....
- 8) operare/non operare \* a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le A.S.S.L. ai sensi dell'art. 8 quinquies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:  
organismo .....ore settimanali .....comune  
..... tipo di attività .....tipo di lavoro ..... dal  
.....;
- 9) operare/non operare \* a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 48 della legge n.833/78:  
organismo..... ore  
settimanali...comune..... tipo di attività .....tipo di rapporto  
di lavoro ..... dal .....
- 10) svolgere/non svolgere \* funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della legge n.626/93: Azienda ..... ore settimanali .....al .....
- 11) svolgere/non svolgere \* per conto dell'INPS o dell'A.S.S.L di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito del quale può acquisire scelte: A.S.S.L. ....  
comune.....dal .....
- 12) avere/non avere \* qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:.....dal  
.....;

- 13) essere/non essere \* titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possano configurare un conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il servizio sanitario nazionale: ..... dal .....
- 14) fruire/non fruire \* del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14 ottobre 1976 del Ministero del lavoro e della previdenza sociale: dal .....
- 15) svolgere/non svolgere \* altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate:  
tipo di attività ..... dal .....
- 16) essere/non essere \* titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate:  
Azienda..... tipo di attività .....ore settimanali ..... dal .....
- 17) operare/non operare \* a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico oltre alle ipotesi sopra evidenziate, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata soggetto pubblico.....via.....comune ..... tipo di rapporto di lavoro .....tipo di attività ..... dal .....
- 18) essere/non essere \* titolare di trattamento di pensione: ..... dal .....
- 19) fruire/non fruire \* del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita: soggetto erogatore dell'adeguamento..... dal .....

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero <sup>1</sup>.

Data .....

Firma <sup>2</sup> .....

\* Cancellare la voce che non interessa

<sup>1</sup> Ai sensi dell'art. 76, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia".

<sup>2</sup> La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore. (art. 38 del DPR 445/00).



## ALLEGATO 2b

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI  
CONTINUITA' ASSISTENZIALE

BOLLO € 16

(PER GRADUATORIA ANNO 2016)

A.S.S.L. di Cagliari  
Via Pier della Francesca, 1  
09047 Selargius (CA)

Il sottoscritto/a Dr.....nato/a a.....il.....  
residente a.....prov.....Via.....n. ....  
CAP.....tel.....cell.....

Iscritto/a nella graduatoria unica regionale per la medicina generale valevole per l'anno 2016 (pubblicata nel Supplemento Straordinario n.58 al BURAS n. 53 del 26/11/2015 e successivamente, a parziale rettifica, sul supplemento straordinario n.40 al BURAS n. 25 del 25/05/2017

## FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 63 comma 2, lett.b) dell'ACN del 23/03/2005 e s.m.i., per l'assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati nel BURAS n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, come di seguito indicato:

SEDE		ASSL		SEDE		ASSL	
SEDE		ASSL		SEDE		ASSL	
SEDE		ASSL		SEDE		ASSL	
SEDE		ASSL		SEDE		ASSL	
SEDE		ASSL		SEDE		ASSL	
SEDE		ASSL		SEDE		ASSL	
SEDE		ASSL		SEDE		ASSL	

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 artt. 46 e 47 del DPR 445/00:

## DICHIARA

- 1) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di.....in data.....con voto.....
- 2) di essere iscritto/a nella graduatoria unica regionale valevole per il 2016 con punti.....
- 3) di essere residente nel Comune di.....prov..... dal.....a tutt'oggi  
(giorno/mese/anno)
- 4) precedenti residenze:  
dal.....al.....Comune di.....prov.....  
dal.....al.....Comune di.....prov.....  
dal.....al.....Comune di.....prov.....  
dal.....al.....Comune di.....prov.....

- 5) di essere in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale conseguito presso la Regione.....in data.....

DICHIARA INOLTRE

- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale<sup>1</sup>.

Il sottoscritto chiede di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appreso indicato (barrare una sola casella; in caso di barratura di entrambe o in mancanza di indicazione della riserva prescelta la domanda non sarà valutata):

- riserva per i medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale (60%)  
 riserva per i medici in possesso di titolo equipollente (40%).

Allega dichiarazione sostitutiva di atto notorio per l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo:

.....

Data

Firma <sup>2</sup>

.....

.....

<sup>1</sup> ai sensi dell'art. 15, comma 11, dell' ACN 23/03/2005 e s.m.i., i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.

<sup>2</sup> La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore. (art. 38 del DPR 445/00).

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... prov. .... il  
.....  
residente a ..... prov.  
.....  
Via ..... n. .... CAP  
.....  
ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

## D I C H I A R A

- 1) essere/non essere \* 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:  
soggetto ..... ore settimanali ..... via  
..... comune ..... tipo di rapporto di lavoro  
..... dal .....
- 2) essere/non essere \* titolare di incarico di assistenza primaria presso l'Area socio sanitaria locale di ..... ambito territoriale di .....
- 3) essere/non essere \* titolare di incarico come medico specialista pediatra di libera scelta presso l'Area socio sanitaria locale di ..... ambito territoriale di .....
- 4) essere/non essere \* titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:  
A.S.S.L. .... branca ..... ore settimanali .....  
A.S.S.L. .... branca ..... ore settimanali .....
- 5) essere/non essere \* iscritto negli elenchi dei medici specialisti preaccreditati esterni:  
provincia ..... branca ..... dal .....
- 6) essere/non essere \* titolare di incarico a tempo determinato o indeterminato di continuità assistenziale o emergenza sanitaria territoriale nella Regione ..... Azienda  
..... ore settimanali .....
- 7) essere/non essere \* iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al decreto legislativo n. 256/91 o a corsi di specializzazione di cui al decreto legislativo n. 257/91 e corrispondenti norme del decreto legislativo n. 368/99:  
denominazione del corso ..... soggetto che lo  
svolge ..... inizio dal .....
- 8) operare/non operare \* a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le A.S.S.L. ai sensi dell'art. 8 quinquies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:  
organismo ..... ore settimanali ..... comune  
..... tipo di attività ..... tipo di lavoro ..... dal  
.....;
- 9) operare/non operare \* a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 48 della legge n.833/78:  
organismo ..... ore  
settimanali ..... comune ..... tipo di attività ..... tipo di rapporto  
di lavoro ..... dal .....
- 10) svolgere/non svolgere \* funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della legge n.626/93: Azienda ..... ore settimanali ..... al .....
- 11) svolgere/non svolgere \* per conto dell'INPS o dell'A.S.S.L. di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito del quale può acquisire scelte: A.S.S.L. ....  
comune ..... dal .....
- 12) avere/non avere \* qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: ..... dal  
.....;

- 13) essere/non essere \* titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possano configurare un conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il servizio sanitario nazionale: ..... dal .....
- 14) fruire/non fruire \* del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14 ottobre 1976 del Ministero del lavoro e della previdenza sociale: dal .....
- 15) svolgere/non svolgere \* altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate:  
tipo di attività ..... dal .....
- 16) essere/non essere \* titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate:  
Azienda..... tipo di attività .....ore settimanali ..... dal .....
- 17) operare/non operare \* a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico oltre alle ipotesi sopra evidenziate, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata soggetto pubblico.....via.....comune ..... tipo di rapporto di lavoro .....tipo di attività ..... dal .....
- 18) essere/non essere \* titolare di trattamento di pensione: ..... dal .....
- 19) fruire/non fruire \* del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita: soggetto erogatore dell'adeguamento..... dal .....

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero <sup>1</sup>.

Data .....

Firma <sup>2</sup> .....

\* Cancellare la voce che non interessa

<sup>1</sup> Ai sensi dell'art. 76, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia".

<sup>2</sup> La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore. (art. 38 del DPR 445/00).

## ALLEGATO 2c

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI  
CONTINUITA' ASSISTENZIALE

BOLLO € 16

(PER GRADUATORIA ANNO 2017)

A.S.S.L. di Cagliari  
Via Pier della Francesca, 1  
09047 Selargius (CA)

Il sottoscritto/a Dr.....nato/a a.....il.....  
residente a.....prov.....Via.....n. ....  
CAP.....tel.....cell.....

Iscritto/a nella graduatoria unica regionale per la medicina generale valevole per l'anno 2017 (pubblicata nel Supplemento Straordinario n.10 al BURAS n. 9 del 16/02/2017 e successivamente, a parziale rettifica, sul supplemento straordinario n.40 al BURAS n. 25 del 25/05/2017

## FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 63 comma 2, lett.b) dell'ACN del 23/03/2005 e s.m.i., per l'assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati nel BURAS n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, come di seguito indicato:

SEDE		ASSL		SEDE		ASSL	
SEDE		ASSL		SEDE		ASSL	
SEDE		ASSL		SEDE		ASSL	
SEDE		ASSL		SEDE		ASSL	
SEDE		ASSL		SEDE		ASSL	
SEDE		ASSL		SEDE		ASSL	
SEDE		ASSL		SEDE		ASSL	

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 artt. 46 e 47 del DPR 445/00:

## DICHIARA

- 1) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di.....in data.....con voto.....
- 2) di essere iscritto/a nella graduatoria unica regionale valevole per il 2017 con punti.....
- 3) di essere residente nel Comune di.....prov..... dal.....a tutt'oggi  
(giorno/mese/anno)
- 4) precedenti residenze:  
dal.....al.....Comune di.....prov.....  
dal.....al.....Comune di.....prov.....  
dal.....al.....Comune di.....prov.....  
dal.....al.....Comune di.....prov.....

- 5) di essere in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale conseguito presso la Regione.....in data.....

DICHIARA INOLTRE

- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale<sup>1</sup>.

Il sottoscritto chiede di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appreso indicato (barrare una sola casella; in caso di barratura di entrambe o in mancanza di indicazione della riserva prescelta la domanda non sarà valutata):

- riserva per i medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale (60%)  
 riserva per i medici in possesso di titolo equipollente (40%).

Allega dichiarazione sostitutiva di atto notorio per l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo:

.....

Data

Firma <sup>2</sup>

.....

.....

<sup>1</sup> ai sensi dell'art. 15, comma 11, dell' ACN 23/03/2005 e s.m.i., i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.

<sup>2</sup> La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore. (art. 38 del DPR 445/00).

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... prov. .... il  
.....  
residente a ..... prov.  
.....  
Via ..... n. .... CAP  
.....  
ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

## D I C H I A R A

- 1) essere/non essere \* 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:  
soggetto ..... ore settimanali ..... via  
..... comune ..... tipo di rapporto di lavoro  
..... dal .....
- 2) essere/non essere \* titolare di incarico di assistenza primaria presso l'Area socio sanitaria locale di..... ambito territoriale di.....;
- 3) essere/non essere \* titolare di incarico come medico specialista pediatra di libera scelta presso l'Area socio sanitaria locale di..... ambito territoriale di.....;
- 4) essere/non essere \* titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:  
A.S.S.L ..... branca ..... ore settimanali .....;  
A.S.S.L ..... branca ..... ore settimanali .....
- 5) essere/non essere \* iscritto negli elenchi dei medici specialisti preaccreditati esterni:  
provincia ..... branca ..... dal .....
- 6) essere/non essere \* titolare di incarico a tempo determinato o indeterminato di continuità assistenziale o emergenza sanitaria territoriale nella Regione.....Azienda  
..... ore settimanali .....
- 7) essere/non essere \* iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al decreto legislativo n. 256/91 o a corsi di specializzazione di cui al decreto legislativo n. 257/91 e corrispondenti norme del decreto legislativo n. 368/99:  
denominazione del corso ..... soggetto che lo  
svolge.....inizio dal .....
- 8) operare/non operare \* a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le A.S.S.L. ai sensi dell'art. 8 quinquies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:  
organismo .....ore settimanali .....comune  
..... tipo di attività .....tipo di lavoro ..... dal  
.....;
- 9) operare/non operare \* a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 48 della legge n.833/78:  
organismo..... ore  
settimanali.....comune..... tipo di attività .....tipo di rapporto  
di lavoro ..... dal .....
- 10) svolgere/non svolgere \* funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della legge n.626/93: Azienda ..... ore settimanali .....al .....
- 11) svolgere/non svolgere \* per conto dell'INPS o dell'A.S.S.L di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito del quale può acquisire scelte: A.S.S.L. ....  
comune.....dal .....
- 12) avere/non avere \* qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:.....dal  
.....;

- 13) essere/non essere \* titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possano configurare un conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il servizio sanitario nazionale: ..... dal .....
- 14) fruire/non fruire \* del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14 ottobre 1976 del Ministero del lavoro e della previdenza sociale: dal .....
- 15) svolgere/non svolgere \* altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate:  
tipo di attività ..... dal .....
- 16) essere/non essere \* titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate:  
Azienda..... tipo di attività .....ore settimanali ..... dal .....
- 17) operare/non operare \* a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico oltre alle ipotesi sopra evidenziate, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata soggetto pubblico.....via.....comune ..... tipo di rapporto di lavoro .....tipo di attività ..... dal .....
- 18) essere/non essere \* titolare di trattamento di pensione: ..... dal .....
- 19) fruire/non fruire \* del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita: soggetto erogatore dell'adeguamento..... dal .....

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero <sup>1</sup>.

Data .....

Firma <sup>2</sup> .....

\* Cancellare la voce che non interessa

<sup>1</sup> Ai sensi dell'art. 76, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia".

<sup>2</sup> La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore. (art. 38 del DPR 445/00).



### Informazioni per gli utenti

A partire dal 1° aprile 2012, il Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma della Sardegna (BURAS) è pubblicato **esclusivamente** in forma digitale, con modalità che garantiscono l'autenticità e l'integrità degli atti e la conservazione dei documenti digitali ivi contenuti.

Da tale data, viene meno ogni forma di abbonamento.

La consultazione del Bollettino sul sito internet della Regione è libera e gratuita.

La legge indica modalità e termini di pubblicazione (art.5 L.R. 3/2012).

Il BURAS è pubblicato ogni settimana, il giovedì. In caso di urgenza o necessità è prevista la pubblicazione di edizioni straordinarie.

La pubblicazione di atti, avvisi e comunicati avviene, di norma, entro **quindici giorni** dalla ricezione della richiesta di pubblicazione. Per inserzioni complesse o particolarmente voluminose i termini saranno concordati con la Redazione.

La pubblicazione degli atti nel BURAS ha valore legale (art. 1, commi 3 e 4 L.R. 1° febbraio 2012, n.3)

I testi degli atti da pubblicare devono pervenire alla Redazione **esclusivamente** tramite il servizio telematico che è disponibile attraverso accesso riservato al portale <http://buras.regione.sardegna.it>

### Modalità di pubblicazione e costi di inserzione

- la pubblicazione è effettuata nel testo integrale. il richiedente è tenuto a specificare la normativa che prescrive la pubblicazione;
- la pubblicazione per estratto è eseguita solo su istanza, e previa predisposizione del testo in tale forma, da parte del soggetto richiedente;
- la pubblicazione degli atti di enti o amministrazioni prevista obbligatoriamente per disposizione normativa o regolamentare è effettuata senza oneri per i richiedenti. Anche in tale ipotesi è necessario indicare la norma che la rende obbligatoria;
- la procedura telematica determina, nelle ipotesi di pubblicazione non obbligatoria, durante il caricamento delle inserzioni una stima della spesa. Nel momento in cui la redazione approva la richiesta di pubblicazione viene comunicato sia attraverso e-mail sia a sistema l'importo da versare;
- il pagamento va effettuato in forma anticipata rispetto alla pubblicazione
- **gli atti da pubblicare, qualora soggetti all'imposta di bollo, devono essere trasmessi anche nella forma cartacea in conformità alla relativa disciplina;**
- il calcolo della spesa di pubblicazione è determinato in base al numero complessivo dei caratteri, spazi, simboli di interlinea, ecc. che compongono il testo; è previsto un costo fisso di 5,16 € al quale vanno sommati 0,02 € per ogni carattere, spazio, simbolo di interlinea inserito;
- gli allegati possono essere utilizzati per la trasmissione di tabelle, mappe, planimetrie o immagini. La redazione si riserva la possibilità di non accettare contenuti non riconducibili a queste tipologie.
- per i contenuti trasmessi come allegato il costo è proporzionale all'ingombro all'interno della pagina; il costo di una pagina formato A4 è fissato in 30 €.
- Per il pagamento deve essere utilizzata una della seguenti modalità:
  - **Bonifico sul conto corrente bancario** acceso presso BANCO DI SARDEGNA Spa intestato a: Regione Autonoma Sardegna cod. IBAN: IT 72 L 01015 04999 000070673111 causale: BURAS (inserzione codice pratica/anno) - Rif. Entrate:EC 312.001 - CdR 01.01.16
  - **Pagamento elettronico:** collegandosi all'indirizzo <http://pagamenti.regione.sardegna.it>
  - **Versamento sul conto corrente postale** n. 60747748 intestato a: Regione Autonoma Sardegna causale: BURAS (inserzione codice pratica/anno) - Rif. Entrate:EC 312.001 - CdR 01.01.16.

- Solo per gli **Enti soggetti al sistema di tesoreria unica**, ai sensi della L. 27/2012, il pagamento dovrà essere effettuato mediante girofondo sul conto 0305983 in essere presso la sezione di tesoreria provinciale dello Stato di Cagliari, indicando causale: BURAS (inserzione codice pratica/anno) - Rif. Entrate: EC 312.001 – CdR 01.01.16

Si dà corso alla pubblicazione solo previa trasmissione di copia della attestazione/ricevuta di pagamento alla Presidenza della Regione – Direzione generale della Presidenza – Servizio Comunicazione – Via Zara – 09123 Cagliari - tramite scansione o immagine leggibile da inviare via e-mail a [pres.buras@regione.sardegna.it](mailto:pres.buras@regione.sardegna.it) e notifica a sistema del pagamento, accedendo alla pratica presente nell'Area Servizi "Inserzioni precedenti" e selezionando l'inserzione presente nella sezione "Da pagare"

### **Prezzo Unitario Fascicoli cartacei**

Per la consegna di copie stampate del Bollettino Ufficiale sarà richiesto il prezzo di € 30,00 per fascicoli con numero di pagine sino a 100. Per fascicoli con numero di pagine superiore è dovuto, in aggiunta al prezzo di € 30,00, l'importo di € 0,15 per ogni pagina in più. I suddetti prezzi non comprendono le spese di spedizione o consegna.

### **Requisiti formali di testi ed allegati da pubblicare:**

- Forma integrale o per estratto (se espressamente richiesto e previa predisposizione del testo in tale forma dall'inserzionista);
- Inserimento nel testo di un unico atto o avviso per volta;
- I documenti allegati (tabelle ed immagini) possono essere composti da più pagine in un unico PDF, o da più immagini in uno dei seguenti formati: JPG, TIFF, PNG; possibilmente a minimo 150 DPI con dimensioni massime A4 (21 x 27 cm).

### **Suggerimenti per il contenuto:**

- Utilizzo del carattere Arial, corpo 10;
- Carrello di ogni paragrafo impostato "da margine a margine", ovvero senza rientri;
- Impostazione a "zero" della spaziatura prima e dopo ogni paragrafo;
- Interlinea singola;

### **Contatti**

Per maggiori informazioni è possibile consultare i manuali disponibili nella sezione "Documentazione" del sito internet.

Eventuali chiarimenti possono essere richiesti alla Redazione del BURAS, ai seguenti contatti:

Per gli atti inerenti la parte I-II e supplementi: +39 070 606 4410 – 4436 – 4437 – 4439 – 4466

- Per gli atti inerenti la parte III: +39 070 606 4410 – 4436 – 4439 – 4465 – 4466 – 4467

ovvero al seguente indirizzo email: [pres.buras@regione.sardegna.it](mailto:pres.buras@regione.sardegna.it)