



REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE

DELLA REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Cagliari, giovedì 22 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



Autore: Elisabetta Loi

Castagna

SUPPLEMENTO STRAORDINARIO N.72 AL BOLLETTINO N.52

Assessorato Igiene e sanità e dell'assistenza sociale

Assessorato Igiene e sanità e dell'assistenza sociale

- Incarichi vacanti di Assistenza Primaria - anni 2014-2015-2016-2017**
- Incarichi vacanti di Continuità Assistenziale - anni 2015-2016-2017**

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. 1294 del 13 novembre 2018

Incarichi vacanti di Continuità Assistenziale - anni 2015-2016-2017.....pag.3

n. 1295 del 13 novembre 2018

Incarichi vacanti di Assistenza Primaria - Anni 2014-2015-2016-2017.....pag.34

Determinazioni dei dirigenti

Assessorato Igiene e sanità e dell'assistenza sociale

Direzione generale della sanità

Servizio di promozione e governo delle reti di cura

Determinazione

n. 1294 del 13 novembre 2018

Incarichi vacanti di Continuità Assistenziale - anni 2015-2016-2017.

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;

VISTO l'art. 8.5 dell'AIR del 28 aprile 2010, approvato con la Deliberazione della Giunta Regionale n.19/9 del 12 maggio 2010 che, in attuazione dell'art. 16 comma 7 dell'ACN 23.3.2005 ha stabilito che nell'ambito della Regione Sardegna per il conferimento degli incarichi vacanti di continuità assistenziale, fatto salvo il disposto di cui all'art. 63 comma 2 lett. a) del summenzionato ACN, è riservata una percentuale di posti a favore dei medici aventi titolo come di seguito riportata: - nella

misura del 60% dei posti a favore dei medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale di cui all'art. 1, comma 2, ed all'art. 2, comma 2 del decreto legislativo n. 256/91 e delle corrispondenti norme di cui al D.Lgs. n. 368/99 e n. 277/03. - nella misura del 40% dei posti a favore dei medici in possesso del titolo equipollente.

VISTO l'art. 16, comma 9, dell'ACN 23.3.2005, ai sensi del quale gli aspiranti all'assegnazione degli incarichi vacanti possono concorrere esclusivamente per una delle riserve di assegnazione, fermo restando che, come previsto dal comma 8 del medesimo articolo, qualora non vengano assegnati per carenza di domande incarichi spettanti ad una delle due riserve, gli stessi vengono assegnati all'altra riserva.

VISTA la norma finale n. 2 dell'ACN 23.3.2005 ai sensi della quale ai medici già inseriti nella graduatoria regionale di cui all'art. 15, non in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale e che conseguano tale attestato dopo la data di scadenza del termine di presentazione della domanda di inclusione in tale graduatoria, è consentito partecipare all'assegnazione degli incarichi vacanti nell'ambito della riserva di assegnazione prevista dall'articolo 16, comma 7, lettera a), previa presentazione, unitamente alla relativa domanda di assegnazione dell'incarico, del titolo di formazione specifica, con l'attribuzione del relativo punteggio.

VISTA la determinazione numero 1344 del 20.11.2014 con la quale è stata approvata la graduatoria unica regionale definitiva di medicina generale valida per l'anno 2015 pubblicata sul supplemento straordinario n. 61 al Buras n. 57 del 4.12.2014.

VISTA la determinazione numero 1202 del 16.11.2015 con la quale è stata approvata la graduatoria unica regionale definitiva di medicina generale valida per l'anno 2016 pubblicata sul supplemento straordinario n. 58 al Buras n. 53 del 26.11.2015.

VISTA la determinazione numero del 87 del 7.2.2017 con la quale è stata approvata la graduatoria unica regionale definitiva di medicina generale valida per l'anno 2017 pubblicata sul supplemento straordinario n. 10 al Buras n. 9 del 16.2.2017.

VISTA la determinazione numero 401 del 10.5.2017 con la quale sono state approvate le graduatorie uniche regionali definitive dei medici di medicina generale valevoli per gli anni 2014-2015-2016-2017 - parziale rettifica, pubblicata sul supplemento straordinario n. 40 al Buras n. 25 del 25.5.2017.

VISTA la determinazione dell'ATS n. 936 del 31.7.2018 con la quale sono stati individuati gli incarichi vacanti di continuità assistenziale per le annualità 2015-2016-2017;

ACQUISITO il parere positivo del Comitato permanente della Medicina Generale che nella seduta del 27 settembre 2018 ha approvato gli incarichi vacanti della Continuità Assistenziale per gli anni 2015-2016-2017 così come riportati negli allegati 1, 2, e 3, del presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale;

CONSIDERATO il ritardo nell'assegnazione degli incarichi, in virtù del principio "ora per allora", possono partecipare all'assegnazione per trasferimento: per l'anno 2015 anche i medici che hanno usufruito dell'assegnazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale per l'anno 2012; per l'anno 2016 anche i medici che hanno usufruito dell'assegnazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale per l'anno 2013; □ per l'anno 2017 anche i medici che hanno usufruito dell'assegnazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale per l'anno 2014;

RITENUTO che gli interessati in possesso dei requisiti possono presentare domanda per ciascuna delle annualità di cui al presente provvedimento;

STABILITO che la procedura da porre in essere per l'assegnazione degli incarichi vacanti è la seguente:

1. Assegnazione degli incarichi vacanti 2015. Gli incarichi che eventualmente risultassero non assegnati per il 2015 verranno ripubblicati in apposito bando integrativo per l'annualità 2016, a cui potranno concorrere tutti gli interessati in possesso dei requisiti.

2. Coloro che hanno presentato istanza per l'annualità 2016 e fossero interessati agli incarichi vacanti non assegnati per il 2015 e ripubblicati per il 2016 possono inoltrare una integrazione all'istanza già presentata e concorrere così all'assegnazione delle ulteriori incarichi pubblicati.

3. La procedura di cui ai punti 1 e 2 verrà ripetuta per tutte le annualità successive.

4. Gli incarichi che si renderanno vacanti a seguito di rinuncia verranno pubblicati nel primo bando integrativo utile e assegnati secondo la medesima procedura sopra descritta.

STABILITO che chi rinuncia ad un incarico assegnato, nell'ambito delle annualità previste dal presente provvedimento, può ripresentare domanda solo per gli incarichi pubblicati nei bandi integrativi;

STABILITO altresì che nei bandi integrativi sono pubblicati gli incarichi rimasti liberi relativamente all'anno precedente più quelli resisi vacanti per trasferimento o rinuncia;

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, che si richiamano integralmente, di procedere alla pubblicazione nel Buras, ora per allora, degli incarichi vacanti di continuità assistenziale relativi alle annualità 2015-2016-2017 così come riportati negli allegati 1, 2, e 3 alla presente determinazione, per costituire parte integrante e sostanziale.

ART.2 Di individuare ai sensi dell'art. 34 comma 19 e 20 dell'ACN 23.3.2005, la ASSL di Cagliari quale Ufficio regionale incaricato per l'espletamento delle procedure di attribuzione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale relativi alle annualità 2015-2016-2017.

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 e presso l'Ufficio URP dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale. 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 1a**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI
CONTINUITA' ASSISTENZIALE****BOLLO € 16****(PER TRASFERIMENTO ANNO 2015)**A.S.S.L. di Cagliari
Via Pier della Francesca, 1
09047 Selargius (CA)

Il sottoscritto/a.....nato/a a.....il.....

residente a.....prov.....Via.....

CAP.....tel..... cell.....

titolare di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 2, lett.a) dell'ACN per la medicina generale del 23/03/2005 e s.m.i. per l'assegnazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Sardegna n. _____ del _____ come di seguito indicato:

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		SEDE	

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/00, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/00:

dichiara di:

- essere in possesso dei requisiti previsti dall'art. 63 dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale del 23/03/05 e s.m.i.;

- essere attualmente titolare di incarico a tempo indeterminato per la continuità assistenziale presso la sede (PUNTO GUARDIA) _____ dell'Area Socio Sanitaria Locale di _____, della Regione _____ dal __/__/____, con una anzianità di incarico complessiva di mesi _____;
- aver prestato servizio, con incarico a tempo indeterminato per la continuità assistenziale, dal __/__/____ al __/__/____ presso la sede (PUNTO GUARDIA) _____ dell'Area Socio Sanitaria Locale di _____, della Regione _____;
- aver prestato servizio, con incarico a tempo indeterminato per la continuità assistenziale, dal __/__/____ al __/__/____ presso la sede (PUNTO GUARDIA) _____ dell'Area Socio Sanitaria Locale di _____, della Regione _____;
- aver prestato servizio, con incarico a tempo indeterminato per la continuità assistenziale, dal __/__/____ al __/__/____ presso la sede (PUNTO GUARDIA) _____ dell'Area Socio Sanitaria Locale di _____, della Regione _____;
- aver sospeso il servizio, per la continuità assistenziale, a tempo indeterminato:
 - dal __/__/____ al __/__/____ per _____;
 - dal __/__/____ al __/__/____ per _____;
- non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità contemplate dall'art. 17 dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale del 23/03/2005 e s.m.i.

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.

Allega dichiarazione sostitutiva di atto notorio relativo ad eventuali posizioni di incompatibilità.

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

.....

Data

Firma ¹

.....

.....

¹ 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 aprov.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 con massimale di n. scelte e con n.scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di A.S.S.L di periodo dal.....;
- 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.....A.S.S.L disede..... 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:
organismoore settimanalicomune
..... tipo di attivitàtipo 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 attivitàtipo 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 settimanalial;
- 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 di 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:
A.S.S.L di tipo di attivitàore 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 lavorotipo 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 ¹.

Data

Firma ²

* **Cancellare la voce che non interessa**

¹ 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".

² 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 445/2000).

ALLEGATO 1b**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI
CONTINUITA' ASSISTENZIALE****BOLLO € 16****(PER TRASFERIMENTO ANNO 2016)**A.S.S.L. di Cagliari
Via Pier della Francesca, 1
09047 Selargius (CA)

Il sottoscritto/a.....nato/a a.....il.....

residente a.....prov.....Via.....

CAP.....tel..... cell.....

titolare di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 2, lett.a) dell'ACN per la medicina generale del 23/03/2005 e s.m.i. per l'assegnazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Sardegna n. _____ del _____ come di seguito indicato:

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		SEDE	

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/00, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/00:

dichiara di:

- essere in possesso dei requisiti previsti dall'art. 63 dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale del 23/03/05 e s.m.i.;

- essere attualmente titolare di incarico a tempo indeterminato per la continuità assistenziale presso la sede (PUNTO GUARDIA) _____ dell'Area Socio Sanitaria Locale di _____, della Regione _____ dal __/__/____, con una anzianità di incarico complessiva di mesi _____;
- aver prestato servizio, con incarico a tempo indeterminato per la continuità assistenziale, dal __/__/____ al __/__/____ presso la sede (PUNTO GUARDIA) _____ dell'Area Socio Sanitaria Locale di _____, della Regione _____;
- aver prestato servizio, con incarico a tempo indeterminato per la continuità assistenziale, dal __/__/____ al __/__/____ presso la sede (PUNTO GUARDIA) _____ dell'Area Socio Sanitaria Locale di _____, della Regione _____;
- aver prestato servizio, con incarico a tempo indeterminato per la continuità assistenziale, dal __/__/____ al __/__/____ presso la sede (PUNTO GUARDIA) _____ dell'Area Socio Sanitaria Locale di _____, della Regione _____;
- aver sospeso il servizio, per la continuità assistenziale, a tempo indeterminato:
 - dal __/__/____ al __/__/____ per _____;
 - dal __/__/____ al __/__/____ per _____;
- non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità contemplate dall'art. 17 dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale del 23/03/2005 e s.m.i.

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.

Allega dichiarazione sostitutiva di atto notorio relativo ad eventuali posizioni di incompatibilità.

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

.....

Data

Firma ¹

.....

.....

¹ 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 aprov.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 con massimale di n. scelte e con n.scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di A.S.S.L di periodo dal.....;
- 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.....A.S.S.L disede..... 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:
organismoore settimanalicomune
..... tipo di attivitàtipo 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 attivitàtipo 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 settimanalial;
- 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 di 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:
A.S.S.L di tipo di attivitàore 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 lavorotipo 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 ¹.

Data

Firma ²

* **Cancellare la voce che non interessa**

¹ 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".

² 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 445/2000).

ALLEGATO 1c**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI
CONTINUITA' ASSISTENZIALE****BOLLO € 16****(PER TRASFERIMENTO ANNO 2017)**A.S.S.L. di Cagliari
Via Pier della Francesca, 1
09047 Selargius (CA)

Il sottoscritto/a.....nato/a a.....il.....

residente a.....prov.....Via.....

CAP.....tel..... cell.....

titolare di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 63, comma 2, lett.a) dell'ACN per la medicina generale del 23/03/2005 e s.m.i. per l'assegnazione degli incarichi vacanti di continuità assistenziale pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Sardegna n. _____ del _____ come di seguito indicato:

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		SEDE	

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/00, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/00:

dichiara di:

- essere in possesso dei requisiti previsti dall'art. 63 dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale del 23/03/05 e s.m.i.;

- essere attualmente titolare di incarico a tempo indeterminato per la continuità assistenziale presso la sede (PUNTO GUARDIA) _____ dell'Area Socio Sanitaria Locale di _____, della Regione _____ dal __/__/____, con una anzianità di incarico complessiva di mesi _____;
- aver prestato servizio, con incarico a tempo indeterminato per la continuità assistenziale, dal __/__/____ al __/__/____ presso la sede (PUNTO GUARDIA) _____ dell'Area Socio Sanitaria Locale di _____, della Regione _____;
- aver prestato servizio, con incarico a tempo indeterminato per la continuità assistenziale, dal __/__/____ al __/__/____ presso la sede (PUNTO GUARDIA) _____ dell'Area Socio Sanitaria Locale di _____, della Regione _____;
- aver prestato servizio, con incarico a tempo indeterminato per la continuità assistenziale, dal __/__/____ al __/__/____ presso la sede (PUNTO GUARDIA) _____ dell'Area Socio Sanitaria Locale di _____, della Regione _____;
- aver sospeso il servizio, per la continuità assistenziale, a tempo indeterminato:
 - dal __/__/____ al __/__/____ per _____;
 - dal __/__/____ al __/__/____ per _____;
- non trovarsi in nessuna delle situazioni di incompatibilità contemplate dall'art. 17 dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale del 23/03/2005 e s.m.i.

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.

Allega dichiarazione sostitutiva di atto notorio relativo ad eventuali posizioni di incompatibilità.

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

.....

Data

Firma ¹

.....

.....

¹ 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 aprov.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 con massimale di n. scelte e con n.scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di A.S.S.L di periodo dal.....;
- 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.....A.S.S.L disede..... 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:
 organismoore settimanalicomune
 tipo di attivitàtipo 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 attivitàtipo 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 settimanalial;
- 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 di 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:
A.S.S.L di tipo di attivitàore 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 lavorotipo 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 ¹.

Data

Firma ²

* **Cancellare la voce che non interessa**

¹ 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".

² 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 445/2000).

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 2014 (pubblicata nel Supplemento Straordinario n.25 al BURAS n. 40 del 25/05/2017 Parti I e II)

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 2014 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 Assistenziale¹.

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 (Allegato C1).

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

.....

Data

Firma ²

.....

.....

¹ 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.

² 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:
organismoore settimanalicomune
..... tipo di attivitàtipo 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 attivitàtipo 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 settimanalial
- 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 attivitàore 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 lavorotipo 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 ¹.

Data

Firma ²

* Cancellare la voce che non interessa

¹ 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".

² 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 2014 (pubblicata nel Supplemento Straordinario n.25 al BURAS n. 40 del 25/05/2017 Parti I e II)

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 2014 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 Assistenziale¹.

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 (Allegato C1).

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

.....

Data

Firma ²

.....

.....

¹ 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.

² 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:
organismoore settimanalicomune
..... tipo di attivitàtipo 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 attivitàtipo 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 settimanalial
- 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 attivitàore 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 lavorotipo 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 ¹.

Data

Firma ²

* Cancellare la voce che non interessa

¹ 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".

² 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 2014 (pubblicata nel Supplemento Straordinario n.25 al BURAS n. 40 del 25/05/2017 Parti I e II)

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 2014 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 Assistenziale¹.

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 (Allegato C1).

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

.....

Data

Firma ²

.....

.....

¹ 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.

² 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:
organismoore settimanalicomune
..... tipo di attivitàtipo 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 attivitàtipo 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 settimanalial
- 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 attivitàore 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 lavorotipo 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 ¹.

Data

Firma ²

* Cancellare la voce che non interessa

¹ 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".

² 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 1

SEDI VACANTI CONTINUITA' ASSISTENZIALE ANNO 2015

ASSL SASSARI	
SEDE	POSTI
BONORVA	1
BENETUTTI	3
BONO	2
BULTEI	3
ITTIRI	1
FLORINAS	2
CHIARAMONTI	1
USINI	1
THIESI	1
VALLEDORIA	1
CASTELSARDO	2
PATTADA	1

ASSL OLBIA	
SEDE	POSTI
ALA' DEI SARDI	2
ARZACHENA	4
BUDDUSO	2
CALANGIANUS	1
LA MADDALENA	1
LUOGOSANTO	3
MONTI	1
OLBIA	1
OSCHIRI	1
PADRU	1
PALAU	3
SAN TEODORO	3
SANTA TERESA	3
TELTU	2
TEMPIO PAUSANIA	1
TRINITA D'AGULTU	1

ASSL NUORO	
SEDE	POSTI
ARITZO	3
BOLOTANA	2
BORORE	1
DESULO	3
DORGALI	2
FONNI	4
GAVOI	2
IRGOLI	1
LODE'	3
MAMOIADA	3
OLIENA	3
OLZAI	3
ORANI	1
ORGOSOLO	3
OROSEI	1
OROTELLI	2
ORUNE	3
OTTANA	3
OVODDA	4
POSADA	1
SINISCOLA	1
SORGONO	2
TONARA	3

ASSL LANUSEI	
SEDE	POSTI
BARISARDO	3
BAUNEI	3
GAIRO	1
JERZU	2
LANUSEI	3
PERDASDEFOGU	2
SEUI	2
TALANA	3
TERTENIA	2
TORTOL'	2
VILLAGRANDE STRISAILI	1

Allegato 1

ASSL ORISTANO	
SEDE	POSTI
ARBOREA	3
BAESSA	1
CABRAS	3
CUGLIERI	2
FORDONGIANUS	1
GHILARZA	3
LACONI	2
MILIS	1
MARRUBIU	1
MOGORO	2
NARBOLIA	3
ORISTANO	7
RIOLA SARDO	4
SEDILO	1
SENEGHE	3
SOLARUSSA	1
SAMUGHEO	2
TERRALBA	1
URAS	1
USELLUS	1
VILLAURBANA	1
VILLASANT'ANTONIO	1

ASSL SANLURI	
SEDE	POSTI
BARUMINI	1
LUNAMATRONA	1
SAMASSI	2
VILLAMAR	1
ARBUS	2
GONNOSFANADIGA	2
GUSPINI	3
PABILLONIS	1
SARDARA	1
VILLACIDRO	3

ASSL CARBONIA	
SEDE	POSTI
NUXIS	2
CALASETTA	2
GIBA	1
IGLESIAS	3
SANTADI	5
CARLOFORTE	5
FLUMINIMAGGIORE	1
SANT'ANTIOCO	2
SAN GIOVANNI SUERGIU	2
SANT'ANNA ARRESI	2
GONNESA	1
CORTOGHIANA	1
BUGGERRU	3
CARBONIA	2
NARCAO	1

ASSL CAGLIARI	
SEDE	POSTI
ASSEMINE	2
BURCEI	1
CAGLIARI	1
DECIMOPUTZU	1
DOLIANOVA	2
ESCALAPLANO	3
MURAVERA	1
NURAMINIS	1
NURRI	1
PIRRI	3
PULA	1
SADALI	2
SINNAI	1
SENORBI'	2
VILLASIMIUS	1

Allegato 2

SEDI VACANTI CONTINUITA' ASSISTENZIALE ANNO 2016

ASSL SASSARI	
SEDE	POSTI
PERFUGAS	2
ALGHERO	1
POZZO SAN NICOLA	1
SASSARI	1
NULVI	1

ASSL OLBIA	
SEDE	POSTI
PADRU	1
SAN TEODORO	1

ASSL NUORO	
SEDE	POSTI
BOLOTANA	1
GAVOI	1
IRGOLI	1
SORGONO	1

ASSL LANUSEI	
SEDE	POSTI
GAIRO	1
VILLAGRANDE	1

ASSL ORISTANO	
SEDE	POSTI
BOSA	2
FORDONGIANUS	1
LACONI	1
MILIS	1
ORISTANO	1
SAMUGHEO	1
SOLARUSSA	2
SUNI	1
TERRALBA	3
USELLUS	1

Allegato 2

ASSL SANLURI	
SEDE	POSTI
LUNAMATRONA	1
PABILLONIS	1

ASSL CARBONIA	
SEDE	POSTI
NARCAO	1
CORTOGHIANA	1
IGLESIAS	1
BACU ABIS	1

ASSL CAGLIARI	
SEDE	POSTI
BALLAO	1
CAPOTERRA	1
DECIMOMANNU	1
DOMUSDEMARIA	1
ELMAS	1
PIRRI	1
QUARTU S.E.	2
SAN SPERATE	2
SESTU	1
SINNAI	1
VALLERMOSA	1
VILLASIMIUS	1

Allegato 3

SEDI VACANTI CONTINUITA' ASSISTENZIALE ANNO 2017

ASSL SASSARI		
SEDE		POSTI
ALGHERO		4
ITTIRI		1
PLOAGHE		1
OZIERI		1
BONORVA		1

ASSL OLBIA		
SEDE		POSTI
ALA' DEI SARDI		1
BERCHIDDA		1
BUDDUSO'		1
GOLFO ARANCI		1
MONTI		3
OLBIA		1
SANT'ANTONIO DI GALLURA		4
TEMPIO PAUSANIA		1

ASSL NUORO		
SEDE		POSTI
LULA		1
OROSEI		1
SORGONO		1
OROTELLI		1
POSADA		1

ASSL LANUSEI		
SEDE		POSTI
TORTOLI'		1

ASSL ORISTANO		
SEDE		POSTI
CABRAS		1
TERRALBA		1
MOGORO		1

ASSL SANLURI		
SEDE		POSTI
PABILLONIS		1
SANLURI		1
TUILI		1
SAN GAVINO MONREALE		1

ASSL CARBONIA		
SEDE		POSTI
GONNESA		1
SANT'ANTIOCO		1
GALASETTA		1
VILLAMASSARGIA		1

ASSL CAGLIARI		
SEDE		POSTI
BALLAO		1
CAGLIARI		1
CASTIADAS		1
MONASTIR		1
ISILI		1
SARROCH		1
SELARGIUS		2
SENORBI		2
VALLERMOSA		2
TEULADA		1

Assessorato Igiene e sanità e dell'assistenza sociale
Direzione generale della sanità
Servizio di promozione e governo delle reti di cura

Determinazione

n. 1295 del 13 novembre 2018

Incarichi vacanti di Assistenza Primaria - Anni 2014-2015-2016-2017.

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;

VISTO l'art. 15 comma 11 dell'ACN del 23 marzo 2005 ai sensi del quale i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento;

VISTO l'art. 8.5 dell'AIR del 28 aprile 2010, approvato con la Deliberazione della Giunta Regionale n.19/9 del 12 maggio 2010 che, in attuazione dell'art. 16 comma 7 dell'ACN del 23 marzo 2005 ha stabilito che nell'ambito della Regione Sardegna per il conferimento degli incarichi vacanti di assistenza primaria, fatto salvo il disposto di cui all'art. 63 comma 2 lett. a) del summenzionato ACN, è riservata una

percentuale di posti a favore dei medici aventi titolo come di seguito riportata: - nella misura del 60% dei posti a favore dei medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale di cui all'art. 1, comma 2, ed all'art. 2, comma 2 del decreto legislativo n. 256/91 e delle corrispondenti norme di cui al D.Lgs. n. 368/99 e n. 277/03. - nella misura del 40% dei posti a favore dei medici in possesso del titolo equipollente.

VISTO l'art. 16, comma 9, dell'ACN del 23 marzo 2005, ai sensi del quale gli aspiranti all'assegnazione degli incarichi vacanti possono concorrere esclusivamente per una delle riserve di assegnazione, fermo restando che, come previsto dal comma 8 del medesimo articolo, qualora non vengano assegnati per carenza di domande incarichi spettanti ad una delle due riserve, gli stessi vengono assegnati all'altra riserva.

VISTA la norma finale n. 2 dell'ACN del 23 marzo 2005 ai sensi della quale ai medici già inseriti nella graduatoria regionale di cui all'art. 15, non in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale e che conseguano tale attestato dopo la data di scadenza del termine di presentazione della domanda di inclusione in tale graduatoria, è consentito partecipare all'assegnazione degli incarichi vacanti e degli ambiti territoriali carenti nell'ambito della riserva di assegnazione prevista dall'articolo 16, comma 7, lettera a), previa presentazione, unitamente alla relativa domanda di assegnazione dell'incarico, del titolo di formazione specifica, con l'attribuzione del relativo punteggio.

VISTA la determinazione numero 1237 del 4.11.2013 con la quale è stata approvata la graduatoria unica regionale definitiva di medicina generale valida per l'anno 2014 pubblicata sul supplemento straordinario n. 45 al Buras n. 51 del 14.11.2013.

VISTA la determinazione numero 1344 del 20.11.2014 con la quale è stata approvata la graduatoria unica regionale definitiva di medicina generale valida per l'anno 2015 pubblicata sul supplemento straordinario n. 61 al Buras n. 57 del 4.12.2014.

VISTA la determinazione numero 1202 del 16.11.2015 con la quale è stata approvata la graduatoria unica regionale definitiva di medicina generale valida per l'anno 2016 pubblicata sul supplemento straordinario n. 58 al Buras n. 53 del 26.11.2015.

VISTA la determinazione numero del 87 del 7.2.2017 con la quale è stata approvata la graduatoria unica regionale definitiva di medicina generale valida per l'anno 2017 pubblicata sul supplemento straordinario n. 10 al Buras n. 9 del 16.2.2017.

VISTA la determinazione numero 401 del 10.5.2017 con la quale sono state approvate le graduatorie uniche regionali definitive dei medici di medicina generale valevoli per gli anni 2014-2015-2016-2017 -

parziale rettifica, pubblicata sul supplemento straordinario n. 40 al Buras n. 25 del 25.5.2017.

VISTA la determinazione dell'ATS n. 937 del 31.7.2018 con la quale sono stati individuati gli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria per le annualità 2014-2015-2016-2017;

PRESO ATTO che nella determinazione n. 937 del 31.7.2018, per mero errore materiale, il Comune di Nuraminis è stato inserito nell'ambito 5.5 anziché correttamente nell'ambito 1.2;

ACQUISITO il parere positivo del Comitato permanente della Medicina Generale che nella seduta del 27 settembre 2018 ha approvato gli ambiti territoriali carenti dell'Assistenza Primaria per gli anni 2014-2015-2016-2017 così come riportati negli allegati 1, 2, 3 e 4 del presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale;

CONSIDERATO il ritardo nell'assegnazione degli incarichi, in virtù del principio "ora per allora", possono partecipare all'assegnazione per trasferimento:

- per l'anno 2014 anche i medici che hanno usufruito dell'assegnazione degli incarichi vacanti di assistenza primaria per l'anno 2011;

- per l'anno 2015 anche i medici che hanno usufruito dell'assegnazione degli incarichi vacanti di assistenza primaria per l'anno 2012;

- per l'anno 2016 anche i medici che hanno usufruito dell'assegnazione degli incarichi vacanti di assistenza primaria per l'anno 2013;

CONSIDERATO che le domande di trasferimento possono essere accolte solo ai sensi dell'art. 34, comma 2 lett. a) dell'ACN del 23 marzo 2005;

CONSIDERATO che fino ad eventuale rinuncia la sede non può definirsi carente;

RITENUTO che gli interessati in possesso dei requisiti possono presentare domanda per ciascuna delle annualità di cui al presente provvedimento;

STABILITO che la procedura da porre in essere per l'assegnazione delle sedi carenti è la seguente: 1. assegnazione delle sedi carenti 2014. Le sedi che eventualmente risultassero non assegnate per il 2014 verranno ripubblicate in apposito bando integrativo per l'annualità 2015, a cui potranno concorrere tutti gli interessati in possesso dei requisiti. 2. Coloro che hanno presentato istanza per l'annualità 2015 e fossero interessati alle sedi carenti non assegnate per il 2014 e ripubblicate per il 2015 possono inoltrare una integrazione all'istanza già presentata e concorrere così all'assegnazione delle ulteriori sedi pubblicate. 3. La procedura di cui ai punti 1 e 2 verrà ripetuta per tutte le annualità successive. 4. Le sedi che si renderanno carenti a seguito di rinuncia o che risulteranno tali trascorsi i 90 giorni ex art. 35 c. 3 dell'ACN 2009 verranno pubblicate nel primo bando integrativo utile e assegnate secondo la medesima procedura sopra descritta. Non sono consentite

proroghe al termine sopra richiamato.

STABILITO che chi rinuncia ad una sede assegnata, nell'ambito delle annualità previste dal presente provvedimento, può ripresentare domanda solo per le sedi pubblicate nei bandi integrativi;

STABILITO altresì che nei bandi integrativi sono pubblicate le sedi rimaste libere relativamente all'anno precedente più quelle resesi vacanti per trasferimento o rinuncia;

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, che si richiamano integralmente, di procedere alla pubblicazione nel Buras, ora per allora, degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria per le annualità 2014-2015-2016-2017 così come riportati negli allegati 1, 2, 3 e 4, alla presente determinazione, per costituire parte integrante e sostanziale.

ART.2 Di individuare ai sensi dell'art. 34 comma 19 e 20 dell'ACN del 23 marzo 2005, la ASSL di Cagliari quale Ufficio regionale incaricato per l'espletamento delle procedure di attribuzione degli incarichi vacanti di assistenza primaria relativi alle annualità 2014-2015-2016-2017.

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 e presso l'Ufficio URP dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale. 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

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

ALLEGATO 1a

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. _____.

A far data dal _____ è residente nel territorio della Regione _____; titolare di
incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso Area socio sanitaria locale di
_____ per l'ambito territoriale di _____ della Regione
_____ dal __/__/_____.

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2, lettera a) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale del 23/03/2005 e
s.m.i., per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti 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 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 per trasferimento ai sensi dell'articolo 34,
comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale e l'anzianità complessiva di incarico in assistenza
primaria.
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 1a

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)**

(PER TRASFERIMENTO ANNO 2014)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente in _____ via _____ n. _____ 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:

- essere residente nella Regione _____ dal _____ nel Comune di _____ dal _____;
- essere attualmente titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso l'ambito territoriale n° _____ dell'Area socio sanitaria locale di _____ della Regione _____ dal __/__/____, (*) con una anzianità complessiva di 1° incarico a tempo indeterminato decorrente dal _____;
- aver prestato servizio, continuativo quale medico per l'assistenza primaria a tempo indeterminato:
 - dal __/__/____ (*) al __/__/____ (*) ambito territoriale n. _____ ASSSL di _____;
 - dal __/__/____ (*) al __/__/____ (*) ambito territoriale n. _____ ASSSL di _____;
 - dal __/__/____ (*) al __/__/____ (*) ambito territoriale n. _____ ASSSL di _____;
- aver sospeso il servizio, quale medico convenzionato per l'assistenza primaria a tempo indeterminato:
 - dal __/__/____ (*) al __/__/____ (*) per _____;
 - dal __/__/____ (*) al __/__/____ (*) per _____;
 - dal __/__/____ (*) al __/__/____ (*) per _____;
 - dal __/__/____ (*) al __/__/____ (*) per _____;

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

Ai sensi dell'art. 47, comma 1 3 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.**

* Indicare giorno, mese, anno; la data indicata per i servizi ricoperti deve essere quella di conferimento della titolarità da parte dell'Area Socio Sanitaria Locale.

ALLEGATO 1a

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

(PER TRASFERIMENTO 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 _____ ASL di _____ 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 ASL di _____ periodo dal _____;
- 4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno (2):
ASL di _____ 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:
ASL 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 _____ ASL di _____ ore sett. ____ in forma attiva - in forma di disponibilità (1);
- 8) essere/non essere (1) titolare di incarico nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione Sardegna o in altra regione (2): Regione _____ ASL 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 ASL 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 1a

- 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);
 Area socio sanitaria locale 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. 38, comma 3, del DPR n. 445/2000 la dichiarazione 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".

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

ALLEGATO 1b

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. _____.

A far data dal _____ è residente nel territorio della Regione _____; titolare di
incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso Area socio sanitaria locale di
_____ per l'ambito territoriale di _____ della Regione
_____ dal __/__/_____.

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2, lettera a) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale del 23/03/2005 e
s.m.i., per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti 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 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 per trasferimento ai sensi dell'articolo 34,
comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale e l'anzianità complessiva di incarico in assistenza
primaria.
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 1b

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)**

(PER TRASFERIMENTO ANNO 2015)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente in _____ via _____ n. _____ 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:

- essere residente nella Regione _____ dal _____ nel Comune di _____ dal _____;
- essere attualmente titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso l'ambito territoriale n° _____ dell'Area socio sanitaria locale di _____ della Regione _____ dal __/__/____, (*) con una anzianità complessiva di 1° incarico a tempo indeterminato decorrente dal _____;
- aver prestato servizio, continuativo quale medico per l'assistenza primaria a tempo indeterminato:
 - dal __/__/____ (*) al __/__/____ (*) ambito territoriale n. _____ ASSSL di _____;
 - dal __/__/____ (*) al __/__/____ (*) ambito territoriale n. _____ ASSSL di _____;
 - dal __/__/____ (*) al __/__/____ (*) ambito territoriale n. _____ ASSSL di _____;
- aver sospeso il servizio, quale medico convenzionato per l'assistenza primaria a tempo indeterminato:
 - dal __/__/____ (*) al __/__/____ (*) per _____;
 - dal __/__/____ (*) al __/__/____ (*) per _____;
 - dal __/__/____ (*) al __/__/____ (*) per _____;
 - dal __/__/____ (*) al __/__/____ (*) per _____;

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 _____

Ai sensi dell'art. 47, comma 1 3 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.**

* Indicare giorno, mese, anno; la data indicata per i servizi ricoperti deve essere quella di conferimento della titolarità da parte dell'Area Socio Sanitaria Locale.

ALLEGATO 1b

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

(PER TRASFERIMENTO 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 _____ ASL di _____ 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 ASL di _____ periodo dal _____;
- 4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno (2):
ASL di _____ 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:
ASL 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 _____ ASL di _____ ore sett. ____ in forma attiva - in forma di disponibilità (1);
- 8) essere/non essere (1) titolare di incarico nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione Sardegna o in altra regione (2): Regione _____ ASL 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 ASL 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 1b

- 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) ;
 Area socio sanitaria locale 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. 38, comma 3, del DPR n. 445/2000 la dichiarazione 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".

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

ALLEGATO 1c

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. _____.

A far data dal _____ è residente nel territorio della Regione _____; titolare di
incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso Area socio sanitaria locale di
_____ per l'ambito territoriale di _____ della Regione
_____ dal __/__/____.

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2, lettera a) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale del 23/03/2005 e
s.m.i., per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti 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 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 per trasferimento ai sensi dell'articolo 34,
comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale e l'anzianità complessiva di incarico in assistenza
primaria.
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 1c

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)**

(PER TRASFERIMENTO ANNO 2016)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente in _____ via _____ n. _____ 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:

- essere residente nella Regione _____ dal _____ nel Comune di _____ dal _____;
- essere attualmente titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso l'ambito territoriale n° _____ dell'Area socio sanitaria locale di _____ della Regione _____ dal __/__/____, (*) con una anzianità complessiva di 1° incarico a tempo indeterminato decorrente dal _____;
- aver prestato servizio, continuativo quale medico per l'assistenza primaria a tempo indeterminato:
 - dal __/__/____ (*) al __/__/____ (*) ambito territoriale n. _____ ASSSL di _____;
 - dal __/__/____ (*) al __/__/____ (*) ambito territoriale n. _____ ASSSL di _____;
 - dal __/__/____ (*) al __/__/____ (*) ambito territoriale n. _____ ASSSL di _____;
- aver sospeso il servizio, quale medico convenzionato per l'assistenza primaria a tempo indeterminato:
 - dal __/__/____ (*) al __/__/____ (*) per _____;
 - dal __/__/____ (*) al __/__/____ (*) per _____;
 - dal __/__/____ (*) al __/__/____ (*) per _____;
 - dal __/__/____ (*) al __/__/____ (*) per _____;

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 _____

Ai sensi dell'art. 47, comma 1 3 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.**

* Indicare giorno, mese, anno; la data indicata per i servizi ricoperti deve essere quella di conferimento della titolarità da parte dell'Area Socio Sanitaria Locale.

ALLEGATO 1c

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

(PER TRASFERIMENTO 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 _____ ASL di _____ 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 ASL di _____ periodo dal _____;
- 4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno (2):
ASL di _____ 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:
ASL 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 _____ ASL di _____ ore sett. ____ in forma attiva - in forma di disponibilità (1);
- 8) essere/non essere (1) titolare di incarico nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione Sardegna o in altra regione (2): Regione _____ ASL 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 ASL 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 1c

- 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);
 Area socio sanitaria locale 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. 38, comma 3, del DPR n. 445/2000 la dichiarazione 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".

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

ALLEGATO 1d

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. _____.

A far data dal _____ è residente nel territorio della Regione _____; titolare di
incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso Area socio sanitaria locale di
_____ per l'ambito territoriale di _____ della Regione
_____ dal __/__/____.

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2, lettera a) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale del 23/03/2005 e
s.m.i., per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti 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 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 per trasferimento ai sensi dell'articolo 34,
comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale e l'anzianità complessiva di incarico in assistenza
primaria.
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 1d

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

(PER TRASFERIMENTO ANNO 2017)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente in _____ via _____ n. _____ 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:

- essere residente nella Regione _____ dal _____ nel Comune di _____ dal _____;
- essere attualmente titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso l'ambito territoriale n° _____ dell'Area socio sanitaria locale di _____ della Regione _____ dal __/__/____, (*) con una anzianità complessiva di 1° incarico a tempo indeterminato decorrente dal _____;
- aver prestato servizio, continuativo quale medico per l'assistenza primaria a tempo indeterminato:
 - dal __/__/____ (*) al __/__/____ (*) ambito territoriale n. _____ ASSSL di _____;
 - dal __/__/____ (*) al __/__/____ (*) ambito territoriale n. _____ ASSSL di _____;
 - dal __/__/____ (*) al __/__/____ (*) ambito territoriale n. _____ ASSSL di _____;
- aver sospeso il servizio, quale medico convenzionato per l'assistenza primaria a tempo indeterminato:
 - dal __/__/____ (*) al __/__/____ (*) per _____;
 - dal __/__/____ (*) al __/__/____ (*) per _____;
 - dal __/__/____ (*) al __/__/____ (*) per _____;
 - dal __/__/____ (*) al __/__/____ (*) per _____;

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

Ai sensi dell'art. 47, comma 1 3 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.**

* Indicare giorno, mese, anno; la data indicata per i servizi ricoperti deve essere quella di conferimento della titolarità da parte dell'Area Socio Sanitaria Locale.

ALLEGATO 1d

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

(PER TRASFERIMENTO 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 _____ ASL di _____ 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 ASL di _____ periodo dal _____;
- 4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno (2):
ASL di _____ 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:
ASL 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 _____ ASL di _____ ore sett. ____ in forma attiva - in forma di disponibilità (1);
- 8) essere/non essere (1) titolare di incarico nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione Sardegna o in altra regione (2): Regione _____ ASL 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 ASL 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 1d

- 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);
 Area socio sanitaria locale 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. 38, comma 3, del DPR n. 445/2000 la dichiarazione 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 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 2013 pubblicata sul supplemento straordinario n.40 al BURAS n. 25 del 25/05/2017 Parte I e II;

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
 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 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 2013 pubblicata sul supplemento straordinario n.40 al BURAS n. 25 del 25/05/2017 Parte I e II;

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
 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 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 2013 pubblicata sul supplemento straordinario n.40 al BURAS n. 25 del 25/05/2017 Parte I e II;

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
 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 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 2013 pubblicata sul supplemento straordinario n.40 al BURAS n. 25 del 25/05/2017 Parte I e II;

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
 ASSSL di _____ ore sett. _____
 Via _____ Comune di _____
 Periodo dal _____;
- 13) svolgere/non svolgere (1), per conto dell'INPS dell'ASSSL di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte (2);
 ASSSL 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):
 ASSSL 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".

ASSL SASSARI

Allegato 1

2014			
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	SEDI VACANTI
1. Sassari	1.1	Sassari	6
	1.2	Porto Torres	
		Sintino	
	1.3	Castelsardo	
		Nulvi	
		Santa Maria Coghinas	
		Tergu	
		Valledoria	
	1.4	Viddalba	
		Cargeghe	
		Codrongianus	
		Florinas	
		Muros	
		Ossi	
		Ploaghe	
	1.5	Tissi	
		Usini	
		Bulzi	
Chiaramonti			
Erula			
1.6	Laerru		
	Martis		
	Perfugas		
	Sedini		
		Osilo	
		Sennori	1
		Sorso	
2. Alghero	2.1	Banari	
		Bessude	
		Bonnanaro	
		Bonorva	
		Borutta	
		Cheremule	
		Cossoine	
		Giave	
		Mara	
		Padria	
		Pozzomaggiore	
		Semestene	
	Siligo		
	Thiesi		
	Torralba		
2.2	Ittiri		
	Monteleone Rocca Doria		
	Putifigari		
2.3	Romana		
	Uri		
		Villanova Monteleone	
		Alghero	1
		Olmedo	
3. Ozieri	3.1	Ardara	
		Ittireddu	
		Mores	
		Nughedu San Nicolò	
		Ozieri	
	3.2	Pattada	
		Tula	
		Anela	
		Benetutti	
		Bono	
		Bottida	
		Bultei	
		Burgos	
		Esporlatu	
		Illorai	
		Nule	1

ASSL OLBIA

Allegato 1

2014			
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	SEDI VACANTI
1. Olbia	1.1	Golfo Aranci	5
		Olbia	
		Telti	
	1.2	La Maddalena	2
		Arzachena	
	1.3	Palau	
		Sant'Antonio di Gallura	
	1.4	Santa Teresa di Gallura	
		Berchidda	
	1.5	Monti	1
		Oschiri	
		Budoni	
	1.6	Loiri Porto San Paolo	1
		Padru	
San Teodoro			
1.7	Alà dei Sardi		
	Buddusò		
2. Tempio Pausania	2.1	Aggius	
		Bortigiadas	
		Tempio Pausania	
	2.2	Calangianus	
		Luras	
	2.3	Aglientu	
		Badesi	
		Luogosanto	
		Trinita' d'Agultu e Vignola	

ASSL NUORO

Allegato 1

2014			
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	SEDI VACANTI
1. Nuoro	1.1	Bitti	
		Lula	
		Onani	
		Orune	
	1.2	Osidda	
		Dorgali	
	1.3	Oliena	1
	1.4	Olzai	
		Oniferi	
		Orani	
		Orotelli	
		Ottana	
	1.5	Sarule	
		Fonni	
Gavoi			
Lodine			
1.6	Ollolai		
	Mamoiada		
	Orgosolo		
1.7	Nuoro		
2. Macomer	2.1	Birori	
		Borore	
		Dualchi	
		Macomer	
		Noragugume	
	2.2	Sindia	
		Bolotana	
		Bortigali	
2.2	Lei	1	
	Silanus		
3. Siniscola	3.1	Lodè	1
		Posada	
		Siniscola	
		Torpè	
	3.2	Galtelli	
		Irgoli	
		Loculi	
4. Sorgono	4.1	Onifai	
		Orosei	
		Aritzo	
		Belvi	
		Desulo	
	4.2	Gadoni	
		Tonara	
		Atzara	
	4.3	Meana Sardo	
Ortuero			
Sorgono			
Austis			
4.3	Ovodda		
	Teti		
	Tiana		

ASSL LANUSEI

Allegato 1

2014				
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	SEDI VACANTI	
1. Tortoli	1.1	Baunei		
		Lotzorai		
		Talana		
		Triei		
		Urzulei		
	1.2	Girasole		
		Tortoli		
	1.3	Arzana		
		Villagrande Strisaili		
	1.4	Barisardo		
		Cardedu		
		Loceri		
	1.5	Elini		1
		Ilbono		
		Lanusei		
	1.6	Jerzu		
		Perdasdefogu		
		Tertenia		
	1.7	Gairo		
Osini				
Seui				
Ulassai				
Ussassai				

ASSL ORISTANO

Allegato 1

2014			
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	SEDI VACANTI
1. Oristano	1.1	Bauladu	
		Milis	
		Narbolia	
		San Vero Milis	
		Tramatza	
	1.2	Zeddiani	
		Baratili San Pietro	
		Cabras	
		Nurachi	
	1.3	Riola Sardo	
		Oristano	1
		Palmas Arborea	
	1.4	Santa Giusta	
		Allai	
		Ollastra Simaxis	
		Samugheo	
Siamaggiore			
Siamanna			
Siapiccia			
Simaxis			
Solarussa			
Villanova Truschedu			
Villaurbana			
Zerfaliu			
2. Ghilarza-Bosa	2.1	Abbasanta	
		Aidomaggiore	
		Ardauli	
		Bidoni	
		Boronneddu	
		Busachi	
		Fordongianus	
		Ghilarza	1
		Neoneli	
		Norbello	
		Nughedu Santa Vittoria	
		Sedilo	
		Soddi	
		Sorradile	
	Tadasuni		
	Ula Tirso		
	2.2	Cuglieri	
		Flussio	
		Magomadas	
		Modolo	
		Sagama	
		Scano di Montiferro	
	2.3	Sennariolo	
		Suni	
Tinnura			
Tresnuraghes			
2.4	Bonarcado		
	Paulilatino	1	
3. Ales - Terralba	3.1	Santu Lussurgiu	
		Seneghe	
		Bosa	
		Montresta	
	3.2	Arborea	
		Marrubiu	
		San Nicolò d'Arcidano	
		Terralba	
		Uras	
		Albagiara	
		Ales	
		Assolo	
Asuni			
Curcuris			
Genoni			
3.3	Laconi		
	Mogorella		
	Nureci		
	Pau		
	Ruinias		
	Senis		
	Usellus		
	Villa Sant'Antonio		
	Villaverde		
	Baradili		
Baressa			
Gonnoscodina			
Gonnosno'			
Gonnostramatza			
Masullas			
Mogoro			
Morgongiori			
Pompu			
Simala			
Sini			
Siris			

ASSL SANLURI

Allegato 1

2014			
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	SEDI VACANTI
1. Guspini	1.1	Guspini	
	1.2	Arbus	
	1.3	Gonnosfanadiga	
	1.4	Villacidro	
	1.5	Pabillonis San Gavino Monreale Sardara	
2. Sanluri	2.1	Furtei	
		Sanluri	
		Segariu	
	2.2	Villamar	
		Samassi	
	2.3	Serrenti	
	2.4	Serramanna	
		Barumini	
		Genuri	
		Gesturi	
		Las Plassas	
		Setzu	
	2.5	Tuili	
Villanovafranca			
Collinas			
Lunamatrona			
Pauli Arbarei			
Siddi			
Turri			
Ussaramanna			
Villanovaforru			

ASSL CARBONIA

Allegato 1

2014				
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	SEDI VACANTI	
1. Carbonia	1.1	Carbonia	1	
		Portoscuso		
	1.2	San Giovanni Suergiu		
		Tratalias		
	1.3	Calasetta	1	
		Sant'Antioco		
	1.4	Carloforte		
	1.5		Narcao	
			Nuxis	
			Perdaxius	
			Santadi	
			Villaperuccio	
1.6		Giba		
		Masainas		
		Piscinas		
		Sant'Anna Arresi		
2. Iglesias	2.1	Buggerru		
		Fluminimaggiore		
	2.2	Domusnovas		
		Musei		
		Villamassargia		
	2.3	Gonnesa	3	
		Iglesias		

ASSL CAGLIARI

Allegato 1

2014				
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	SEDI VACANTI	
1. Cagliari area vasta	1.1	Cagliari	13	
		Mon serrato		
		Quartucciu		
	1.2	Selargius		
		Settimo San Pietro		
		Monastir		
2. Area ovest	2.1	Nuraminis	2	
		Sestu		
		Ussana		
		Assemmini		
	2.2	Decimomannu		3
		Elmas		
		San Sperate		
		Uta		
	2.3	Decimoputzu		1
		Capoterra		
	2.4	Siliqua		
		Vallermosa		
2.5	Villasor			
	Villaspeciosa			
2.6	Domus de Maria			
	Pula			
3. Quartu - Parteolla	3.1	Sarroch	2	
		Villa San Pietro		
	3.2	Teulada		
		Quartu Sant'Elena		
	3.3	Burcei		
		Maracalagonis		
4. Sarrabus - Gerrei	4.1	Sinnai	1	
		Dolianova		
	4.2	Donori		
		Serdiana		
	4.3	Soleminis		
		Muravera		
5. Sarcidano - Barbagia di Seulo - Trexenta	5.1	San Vito	1	
		Villaputzu		
		Castiadas		
		Villasimius		
	5.2	Armungia		
		Ballao		
		San Nicolo' Gerrei		
		Silius		
	5.3	Villasalto		
		Escalaplano		
		Nurri		
		Orroli		
5.4	Esterzili			
	Sadali			
	Seulo			
	Villanovatulo			
5.5	Goni	1		
	San Basilio			
	Sant'Andrea Frius			
	Senorbi			
5.6	Barrali	1		
	Guamaggiore			
	Guasila			
	Ortacesus			
5.6	Pimentel			
	Samatzai			
	Selegas			
	Gesico			
5.6	Mandas			
	Siurgus Donigala			
	Suelli			

ASSL SASSARI

Allegato 2

2015			
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	SEDI VACANTI
1. Sassari	1.1	Sassari	7
	1.2	Porto Torres	
		Stintino	
	1.3	Castelsardo	
		Nulvi	
		Santa Maria Coghinas	1
		Tergu	
		Valledoria	
		Viddalba	
	1.4	Cargeghe	
		Codrongianus	
		Florinas	
		Muros	
		Ossi	
		Ploaghe	
		Tissi	
	Usini		
	1.5	Bulzi	
Chiararamonti			
Erula			
Laerru			
Martis			
Perfugas			
Sedini			
1.6	Osilo		
	Sennori		
	Sorso		
2. Alghero	2.1	Banari	
		Bessude	
		Bonnanaro	
		Bonorva	
		Borutta	
		Cheremule	
		Cossoine	
		Giave	
		Mara	
		Padria	
		Pozzomaggiore	
		Semestene	
		Siligo	
	Thiesi		
	Torralba		
	2.2	Ittiri	
		Monteleone Rocca Doria	
		Putifigari	
Romana			
2.3	Uri		
	Villanova Monte Leone		
3. Ozieri	3.1	Alghero	
		Olmedo	
		Ardara	
		Ittireddu	
		Mores	
		Nughedu San Nicolò	
	3.2	Ozieri	
		Pattada	
		Tula	
		Anela	
		Benetutti	
		Bono	
Bottida			
Bultei			
Burgos			
Esporlatu			
Illorai			
Nule			

ASSL OLBIA

Allegato 2

2015				
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	SEDI VACANTI	
1. Olbia	1.1	Golfo Aranci		
		Olbia		
		Telti		
	1.2	La Maddalena		1
	1.3	Arzachena		
		Palau		
		Sant'Antonio di Gallura		
	1.4	Santa Teresa di Gallura		
	1.5	Berchidda		
		Monti		
		Oschiri		
	1.6	Budoni		
		Loiri Porto San Paolo		
		Padru		
1.7	San Teodoro			
	Alà dei Sardi			
2. Tempio Pausania	2.1	Buddusò		
		Aggius		
		Bortigiadas		
	2.2	Tempio Pausania		1
		Calangianus		
	2.3	Luras		1
		Aglientu		
		Badesi		
		Luogosanto		
		Trinita' d'Agultu e Vignola		

ASSL NUORO

Allegato 2

2015			
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	SEDI VACANTI
1. Nuoro	1.1	Biti	
		Lula	
		Onani	
		Orune	
		Osidda	
	1.2	Dorgali	
	1.3	Oliena	
	1.4	Olzai	
		Oniferi	
		Orani	1
Orotelli			
Ottana			
1.5	Sarule		
	Fonni		
	Gavoi	1	
	Lodine		
1.6	Ollolai		
	Mamoiada		
	Orgosolo		
1.7	Nuoro	1	
2. Macomer	2.1	Birori	
		Borore	
		Dualchi	
		Macomer	
		Noragugume	
	Sindia		
	2.2	Bolotana	
		Bortigali	
		Lei	
		Silanus	
Lodè			
3. Siniscola	3.1	Posada	1
		Siniscola	
		Torpè	
	3.2	Gattelli	
		Irgoli	2
		Loculi	
4. Sorgono	4.1	Onifai	
		Orosei	
		Aritzo	
		Belvi	
		Desulo	
	4.2	Gadoni	
		Tonara	
		Atzara	
		Meana Sardo	
	4.3	Ortueri	
		Sorgono	
		Austis	
		Ovodda	
	Teti		
	Tiana		

ASSL LANUSEI

Allegato 2

2015			
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	SEDI VACANTI
1. Tortoli	1.1	Baunei	
		Lotzorai	
		Talana	
		Triei	
		Urzulei	
	1.2	Girasole	
		Tortoli	
	1.3	Arzana	
		Villagrande Strisaili	
	1.4	Barisardo	
		Cardedu	
		Loceri	
	1.5	Elini	
		Ilbono	1
		Lanusei	
	1.6	Jerzu	
		Perdasdefogu	1
		Tertenia	
	1.7	Gairo	
Osini			
Seui			
Ulassai			
Ussassai			

ASSL ORISTANO

Allegato 2

2015			
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	SEDI VACANTI
1. Oristano	1.1	Bauladu	1
		Milis	
		Narbolia	
		San Vero Milis	
		Tramatza	
	1.2	Zeddiani	3
		Baratili San Pietro	
		Cabras	
		Nurachi	
	1.3	Riola Sardo	2
		Oristano	
		Palmas Arborea	
	1.4	Santa Giusta	
		Allai	
		Ollastra Simaxis	
		Samugheo	
Siamaggiore			
Siamanna			
Siapiccia			
Simaxis			
Solarussa			
Villanova Truschedu			
Villaurbana			
Zerfaliu			
2. Ghilarza-Bosa	2.1	Abbasanta	
		Aidomaggiore	
		Ardauli	
		Bidoni	
		Boroneddu	
		Busachi	
		Fordongianus	
		Ghilarza	
		Neoneli	
		Norbello	
		Nughedu Santa Vittoria	
		Sedilo	
		Soddi	
	Sorradile		
	Tadasuni		
	Ula Tirso		
	2.2	Cuglieri	
		Flussio	
		Magomadas	
		Modolo	
Sagama			
Scano di Montiferro			
2.3	Sennariolo		
	Suni		
	Tinnura		
	Tresnuraghes		
2.4	Bonarcado	1	
	Paulliatino		
3. Ales - Terraiba	3.1	Santu Lussurgiu	1
		Seneghe	
		Bosa	
		Montresta	
		Arborea	
	3.2	Marrubiu	
		San Nicolo' d'Arcidano	
		Terraiba	
		Uras	
		Albagiara	
		Ales	
		Assolo	
		Asuni	
		Curcuris	
		Genoni	
Laconi			
Mogorella			
3.3	Nureci		
	Pau		
	Ruinias		
	Senis		
	Usellus		
	Villa Sant'Antonio		
	Villaverde		
	Baradili		
	Baressa		
	Gonnoscodina		
	Gonnosno'		
	Gonnostramatza		
	Masullas		
	Mogoro		
	Morgongiori		
	Pompu		
Simala			
Sini			
Siris			

ASSL SANLURI

Allegato 2

2015			
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	SEDI VACANTI
1. Guspini	1.1	Guspini	
	1.2	Arbus	
	1.3	Gonnosfanadiga	2
	1.4	Villacidro	
	1.5	Pabillonis San Gavino Monreale Sardara	2
2. Sanluri	2.1	Furtei	
		Sanluri	
		Segariu	
	2.2	Villamar	
		Samassi	
	2.3	Serrenti	
	2.4	Serramanna	
		Barumini	
		Genuri	
		Gesturi	
		Las Plassas	
		Setzu	
	2.5	Tuili	
Villanovafranca			
Collinas			
Lunamatrona			
Pauli Arbarei			
Siddi			
Turri			
Ussaramanna			
Villanovaforru			

ASSL CARBONIA

Allegato 2

2015				
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	SEDI VACANTI	
1. Carbonia	1.1	Carbonia	1	
		Portoscuso		
	1.2	San Giovanni Suergiu	1	
		Tratalias		
	1.3	Calasetta		
		Sant'Antioco		
	1.4	Carloforte		
		Narcao		
	1.5		Nuxis	2
			Perdaxius	
Santadi				
Villaperuccio				
Giba				
1.6		Masainas		
		Piscinas		
		Sant'Anna Arresi		
2. Iglesias	2.1	Buggerru		
		Fluminimaggiore		
	2.2	Domusnovas		
		Musei		
		Villamassargia		
	2.3	Gonnesa	3	
		Iglesias		

ASSL CAGLIARI

Allegato 2

2015			
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	SEDI VACANTI
1. Cagliari area vasta	1.1	Cagliari	6
		Monsserrato	
Quartucciu			
Selargius			
Settimo San Pietro			
1.2	Monastir	1	
	Nuraminis		
	Sestu		
	Ussana		
2. Area ovest	2.1	Assemini	3
		Decimomannu	
		Elmas	
		San Sperate	
		Uta	
	2.2	Decimoputzu	2
		Siliqua	
		Vallermosa	
	2.3	Villasor	
		Villaspeciosa	
2.4	Capoterra		
	Domus de Maria		
2.5	Pula		
	Sarroch		
2.6	Villa San Pietro		
	Teulada		
3. Quartu - Parteolla	3.1	Quartu Sant'Elena	3
	3.2	Burcei	1
		Maracalagonis	
	3.3	Sinnai	
		Dolianova	
Donori			
4. Sarrabus - Gerrei	4.1	Serdiana	
		Soleminis	
		Muravera	
	4.2	San Vito	
		Villaputzu	
		Castiadas	
	4.3	Villasimius	
		Armungia	
		Ballao	
		San Nicolo' Gerrei	
5. Sarcidano - Barbagia di Seulo - Trexenta	5.1	Silius	
		Villasalto	
		Escolca	
		Gerrei	
		Isili	
		Nuragus	
	5.2	Nurallao	1
		Serri	
		Escalaplano	
	5.3	Nurri	1
		Orroli	
		Esterzili	
		Sadali	
	5.4	Seulo	
		Villanovatulo	
		Goni	
San Basilio			
Sant'Andrea Frius			
5.5	Senorbi		
	Barrali		
	Guamaggiore		
	Guasila		
	Ortacesus		
	Pimentel		
	Samatzai		
5.6	Selegas		
	Gesico		
	Mandas		
	Siurgus Donigala		
Suelli			

ASSL SASSARI

Allegato 3

2016			
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	SEDI VACANTI
1. Sassari	1.1	Sassari	1
		Porto Torres	
	1.2	Stintino	
		Castelsardo	
	1.3	Nulvi	1
		Santa Maria Coghinas	
		Tergu	
		Valledoria	
		Viddalba	
	1.4	Cargeghe	1
		Codrongianus	
		Florinas	
		Muros	
		Ossi	
		Ploaghe	
	1.5	Tissi	
		Usini	
		Bulzi	
Chiaramonti			
Erula			
Laerru			
1.6	Martis		
	Perfugas		
	Sedini		
	Osilo		
	Sennori		
	Sorso		
2. Alghero	2.1	Banari	
		Bessude	
		Bonnanaro	
		Bonorva	
		Borutta	
		Cheremule	
		Cossoine	
		Giave	
		Mara	
		Padria	
		Pozzomaggiore	
		Semestene	
	2.2	Siligo	
		Thiesi	
		Torralba	
	2.3	Ittiri	
		Monteleone Rocca Doria	
		Putifigari	
2.3	Romana	2	
	Uri		
3. Ozieri	3.1	Villanova Monteleone	
		Alghero	
		Olmedo	
		Ardara	
		Ittireddu	
		Mores	
	3.2	Nughedu San Nicolò	1
		Ozieri	
		Pattada	
		Tula	
		Anela	
		Benetutti	
		Bono	
		Bottida	
		Bultei	
		Burgos	
		Esporlatu	
		Illorai	
Nule			

ASSL OLBIA

Allegato 3

2016			
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	SEDI VACANTI
1. Olbia	1.1	Golfo Aranci	
		Olbia	
		Telti	
	1.2	La Maddalena	
	1.3	Arzachena	
		Palau	
	1.4	Sant'Antonio di Gallura	
		Santa Teresa di Gallura	
	1.5	Berchidda	
		Monti	
		Oschiri	
	1.6	Budoni	
		Loiri Porto San Paolo	
		Padru	
1.7	San Teodoro		
	Alà dei Sardi		
2. Tempio Pausania	2.1	Buddusò	
		Aggius	
		Bortigiadas	
	2.2	Tempio Pausania	
		Calangianus	
	2.3	Luras	
		Aglientu	
		Badesi	
		Luogosanto	
	Trinita' d'Agultu e Vignola		

ASSL NUORO

Allegato 3

2016				
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	SEDI VACANTI	
1. Nuoro	1.1	Bitti		
		Lula		
		Onani		
		Orune		
			Osidda	
		1.2	Dorgali	1
		1.3	Oliena	1
		1.4	Olzai	
			Oniferi	
			Orani	
			Orotelli	
			Ottana	
			Sarule	
		1.5	Fonni	
	Gavoi			
	Lodine			
		Ollolai		
	1.6	Mamoiada		
		Orgosolo		
	1.7	Nuoro		
2. Macomer	2.1	Birori		
		Borore		
		Dualchi		
		Macomer	1	
		Noragugume		
		Sindia		
		2.2	Bolotana	
			Bortigali	
	Lei			
		Silanus		
3. Siniscola	3.1	Lodè		
		Posada	1	
		Siniscola		
			Torpè	
		3.2	Galtelli	
			Irgoli	
	Loculi			
		Onifai		
		Orosei		
4. Sorgono	4.1	Aritzo		
		Belvi		
		Desulo		
		Gadoni		
		Tonara		
		4.2	Atzara	
			Meana Sardo	
			Ortuero	
			Sorgono	
		4.3	Austis	
			Ovodda	1
			Teti	
	Tiana			

ASSL LANUSEI

Allegato 3

2016			
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	SEDI VACANTI
1. Tortoli	1.1	Baunei	1
		Lotzorai	
		Talana	
		Triei	
		Urzulei	
	1.2	Girasole	
		Tortoli	
	1.3	Arzana	
		Villagrande Strisaili	
	1.4	Barisardo	
		Cardedu	
		Loceri	
	1.5	Elini	
		Ilbono	
		Lanusei	
	1.6	Jerzu	
		Perdasdefogu	
Tertenia			
1.7	Gairo		
	Osini		
	Seui		
	Ulassai		
	Ussassai		

ASSL ORISTANO

Allegato 3

2016			
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	SEDI VACANTI
1. Oristano	1.1	Bauladu	1
		Milis	
		Narbolia	
		San Vero Milis	
		Tramatza	
	1.2	Zedolani	1
		Barattili San Pietro	
		Cabras	
		Nurachi	
	1.3	Riola Sardo	3
		Oristano	
		Palmas Arborea	
	1.4	Santa Giusta	
		Allai	
		Ollastra Simaxis	
		Samugheo	
Siamaggiore			
Siamanna			
Siapiccia			
Simaxis			
Solarussa			
Villanova Truschedu			
Villaurbana			
Zerfaliu			
2. Ghilarza-Bosa	2.1	Abbasanta	
		Aidomaggiore	
		Ardauli	
		Bidoni	
		Boroneddu	
		Busachi	
		Fordongianus	
		Ghilarza	
		Neoneli	
		Norbello	
		Nughedu Santa Vittoria	
		Sedilo	
		Soddi	
	Sorradille		
	Tadasuni		
	2.2	Ula Tirso	
		Cuglieri	
		Flussio	
		Magomadas	
		Modolo	
Sagama			
Scano di Montiferro			
2.3	Sennariolo	1	
	Suni		
2.4	Tinnura		
	Tresnuraghes		
3. Ales - Terralba	3.1	Bonarcado	
		Paulilatino	
		Santu Lussurgiu	
		Seneghe	
	3.2	Bosa	
		Montresta	
		Arborea	
		Marrubiu	
		San Nicolo' d'Arcidano	
		Terralba	
		Uras	
		Albagiara	
		Ales	
		Assolo	
		Asuni	
	Curcuris		
	Genoni		
	Laconi		
Mogorella			
Nureci			
3.3	Pau		
	Ruinias		
	Senis		
	Usellus		
	Villa Sant'Antonio		
	Villaverde		
	Baradili		
	Baressa		
	Gonnoscodina		
	Gonnosno'		
Gonnostramatza			
Masullas			
Mogoro			
Morgongiori			
Pompu			
Simala			
Sini			
Siris			

ASSL SANLURI

Allegato 3

2016			
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	SEDI VACANTI
1. Guspini	1.1	Guspini	2
	1.2	Arbus	1
	1.3	Gonnosfanadiga	1
	1.4	Villacidro	
	1.5	Pabillonis San Gavino Monreale Sardara	
2. Sanluri	2.1	Furtei	
		Sanluri	
		Segariu Villamar	
	2.2	Samassi Serrenti	2
	2.3	Serramanna	2
	2.4	Barumini	
		Genuri	
		Gesturi	
		Las Plassas	
		Setzu Tuili Villanovafranca	
	2.5	Collinas	
		Lunamatrona	
Pauli Arbarei			
Siddi			
Turri			
Ussaramanna Villanovaforru			

ASSL CARBONIA

Allegato 3

2016			
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	SEDI VACANTI
1. Carbonia	1.1	Carbonia	
		Portoscuso	
	1.2	San Giovanni Suergiu	
		Tratalias	
	1.3	Calasetta	
		Sant'Antioco	
	1.4	Carloforte	
		Narcao	
	1.5	Nuxis	
		Perdaxius	
		Santadi	
		Villaperuccio	
		Giba	
	1.6	Masainas	
Piscinas			
Sant'Anna Arresi			
2. Iglesias	2.1	Buggerru	
		Fluminimaggiore	
		Domusnovas	
	2.2	Musei	
		Villamassargia	
	2.3	Gonnesa	
		Iglesias	

ASSL CAGLIARI

Allegato 3

2016				
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	SEDI VACANTI	
1. Cagliari area vasta	1.1	Cagliari	6	
		Monsezzate		
		Quartucciu		
	1.2	Selargius		
		Settimo San Pietro		
		Monastir		
2. Area ovest	2.1	Nuraminis	1	
		Sestu		
		Ussana		
		Assemini		
	2.2	Decimomannu		2
		Elmas		
		San Sperate		
	2.3	Uta		1
		Decimoputzu		
	2.4	Siliqua		1
		Vallermosa		
	2.5	Villasor		1
Villaspeciosa				
3. Quartu - Parteolla	2.6	Capoterra	1	
	3.1	Domus de Maria	1	
		Pula		
	3.2	Sarroch	1	
		Villa San Pietro		
	3.3	Teulada	2	
Quartu Sant'Elena				
Burcei				
4. Sarrabus - Gerrei	4.1	Maracalagonis	2	
		Sinnai		
	4.2	Dolianova		
		Donori		
	4.3	Serdiana		
		Soleminis		
5. Sarcidano - Barbagia di Seulo - Trexenta	4.4	Muravera		
		San Vito		
		Villaputzu		
	4.5	Castiadas		
		Villasimius		
	5.1	Armungia		
Ballao				
San Nicolo' Gerrei				
5.2	5.1	Silius	1	
		Villasalto		
		Escolca		
	5.2	Gerrei		
		Isili		
		Nuragus		
5.3	5.2	Nurallao	1	
		Serri		
		Escalaplano		
5.4	5.3	Nurri		
		Orroli		
		Esterzili		
	5.4	Sadali		
		Seulo		
		Villanovatulo		
5.5	5.4	Goni		
		San Basilio		
		Sant'Andrea Frius		
	5.5	Senorbi		
		Barrali		
		Guamaggiore		
5.6	5.5	Guasila		
		Ortacesus		
		Pimentel		
5.6	5.6	Samatzai	1	
		Selegas		
		Gesico		
5.6	5.6	Mandas		
		Siurgus Donigala		
		Suelli		

ASSL SASSARI

Allegato 4

2017										
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	SEDI VACANTI							
1. Sassari	1.1	Sassari	6							
	1.2	Porto Torres Stintino	1							
	1.3	Castelsardo Nulvi Santa Maria Coghinas Tergu Valledoria Viddalba	1							
				1.4	Cargeghe Codrongianus Florinas Muros Ossi Ploaghe Tissi Usini					
						1.5	Bulzi Chiararamonti Erula Laerru Martis Perfugas Sedini			
								1.6	Osilo Sennori Sorso	
										2. Alghero
	2.2	Ittiri Monteleone Rocca Doria Putifigari Romana Uri Villanova Monteleone								
			2.3					Alghero Olmedo		
				3. Ozieri	3.1	1				
			3.2							
								Anela Benetutti Bono Bottida Bultei Burgos Esporlatu Illorai Nule		

ASSL OLBIA

Allegato 4

2017			
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	SEDI VACANTI
1. Olbia	1.1	Golfo Aranci	4
		Olbia	
		Telti	
	1.2	La Maddalena	1
		Arzachena	
	1.3	Palau	3
		Sant'Antonio di Gallura	
	1.4	Santa Teresa di Gallura	1
		Berchidda	
	1.5	Monti	1
		Oschiri	
		Budoni	
	1.6	Loiri Porto San Paolo	1
		Padru	
San Teodoro			
1.7	Alà dei Sardi	1	
	Buddusò		
2. Tempio Pausania	2.1	Aggius	2
		Bortigiadas	
		Tempio Pausania	
	2.2	Calangianus	1
		Luras	
	2.3	Aglientu	1
		Badesi	
		Luogosanto	
		Trinita' d'Agultu e Vignola	

ASSL NUORO

Allegato 4

2017			
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	SEDI VACANTI
1. Nuoro	1.1	Biti	
		Lula	
		Onani	
		Orune	
		Osidda	
	1.2	Dorgali	
	1.3	Oliena	
	1.4	Olzai	
		Oniferi	
		Orani	
		Orotelli	
		Ottana	
	1.5	Sarule	
		Fonni	
Gavoi			
Lodine			
1.6	Ollolai		
	Mamoiada		
1.7	Orgosolo		
	Nuoro		
2. Macomer	2.1	Birori	
		Borore	
		Dualchi	
		Macomer	
		Noragugume	
	2.2	Sindia	
		Bolotana	
		Bortigali	1
		Lei	
		Silanus	
3. Siniscola	3.1	Lodè	3
		Posada	
		Siniscola	
		Torpè	
	3.2	Gattelli	
		Irgoli	
		Loculi	
4. Sorgono	4.1	Onifai	
		Orosei	
		Aritzo	
		Belvi	
		Desulo	
	4.2	Gadoni	
		Tonara	
		Atzara	
		Meana Sardo	
	4.3	Ortueri	
		Sorgono	
		Austis	
		Ovodda	1
	Teti		
	Tiana		

ASSL LANUSEI

Allegato 4

2017			
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	SEDI VACANTI
1. Tortoli	1.1	Baunei	
		Lotzorai	
		Talana	
		Triei	
		Urzulei	
	1.2	Girasole	3
		Tortoli	
	1.3	Arzana	
		Villagrande Strisaili	
	1.4	Barisardo	
		Cardedu	
		Loceri	
	1.5	Elini	1
		Ilbono	
Lanusei			
1.6	Jerzu	1	
	Perdasdefogu		
	Tertenia		
1.7	Gairo		
	Osini		
	Seui		
	Ulassai		
	Ussassai		

ASSL ORISTANO

Allegato 4

2017			
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	SEDI VACANTI
1. Oristano	1.1	Bauladu	
		Milis	
		Narbolia	
		San Vero Milis	
		Tramatza	
		Zedolani	
	1.2	Baratili San Pietro	
		Cabras	
		Nurachi	
		Riola Sardo	
	1.3	Oristano	2
		Palmas Arborea Santa Giusta	
	1.4	Allai	3
		Ollastra Simaxis	
		Samugheo	
		Siamaggiore	
Siamanna			
Siapiccia			
Simaxis			
Solarussa			
Villanova Truschedu			
Villaurbana Zerfaliu			
2. Ghilarza-Bosa	2.1	Abbasanta	2
		Aidomaggiore	
		Ardauli	
		Bidoni	
		Boroneddu	
		Busachi	
		Fordongianus	
		Ghilarza	
		Neoneli	
		Norbello	
		Nughedu Santa Vittoria	
		Sedilo	
		Soddi	
		Sorradile	
	Tadasuni		
	2.2	Ula Tirso	
		Cuglieri	
		Flussio	
		Magomadas	
		Modolo	
Sagama			
2.3	Scano di Montiferro		
	Sennariolo		
	Suni		
	Tinnura		
2.4	Tresnuraghes		
	Bonarcado		
3. Ales - Terralba	3.1	Paulilatino	
		Santu Lussurgiu	
		Seneghe	
		Bosa	
	3.2	Montresta	1
		Arborea	
		Marrubiu	
		San Nicolo' d'Arcidano	
		Terralba	
		Uras	
		Albagiara	
		Ales	
Assolo			
Asuni			
Curcuris			
Genoni			
Laconi			
Mogorella			
Nureci			
Pau			
Ruinias			
Senis			
Usellus			
Villa Sant'Antonio			
Villaverde			
3.3	Baradili		
	Baressa		
	Gonnoscodina		
	Gonnosno'		
	Gonnostramatza		
	Masullas		
	Mogoro		
	Morgongiori		
	Pompu		
	Simala		
	Sini		
	Siris		

ASSL SANLURI

Allegato 4

2017			
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	SEDI VACANTI
1. Guspini	1.1	Guspini	
	1.2	Arbus	
	1.3	Gonnosfanadiga	
	1.4	Villacidro	
	1.5	Pabillonis San Gavino Monreale Sardara	
2. Sanluri	2.1	Furtei	
		Sanluri	
		Segariu	
	2.2	Villamar	
		Samassi	
	2.3	Serrenti	
	2.4	Serramanna	
		Barumini	
		Genuri	
		Gesturi	
		Las Plassas	
		Setzu	
	2.5	Tuili	
Villanovafranca			
Collinas			
Lunamatrona			
Pauli Arbarei			
Siddi			
Turri			
Ussaramanna			
Villanovaforru			

ASSL CARBONIA

Allegato 4

2017				
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	SEDI VACANTI	
1. Carbonia	1.1	Carbonia	2	
		Portoscuso		
	1.2	San Giovanni Suergiu		
		Tratalias		
	1.3	Calasetta	1	
		Sant'Antioco		
	1.4	Carloforte		
	1.5		Narcao	
			Nuxis	
			Perdaxius	
			Santadi	
			Villaperuccio	
1.6		Giba		
		Masainas		
		Piscinas		
		Sant'Anna Arresi		
2. Iglesias	2.1	Buggerru		
		Fluminimaggiore		
	2.2	Domusnovas	1	
		Musei		
		Villamassargia		
	2.3	Gonnesa	1	
Iglesias				

ASSL CAGLIARI

Allegato 4

2017			
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	SEDI VACANTI
1. Cagliari area vasta	1.1	Cagliari	11
		Monsserrato	
		Quartucciu	
		Selargius	
		Settimo San Pietro	
	1.2	Monastir	1
Nuraminis			
Sestu			
Ussana			
2. Area ovest	2.1	Assemini	3
		Decimomannu	
		Elmas	
		San Sperate	
		Uta	
	2.2	Decimoputzu	
		Siliqua	
		Vallermosa	
	2.3	Villasor	1
		Villaspeciosa	
2.4	Capoterra		
	Domus de Maria		
2.5	Pula		
	Sarroch		
2.6	Villa San Pietro	1	
	Teulada		
3. Quartu - Parteolla	3.1	Quartu Sant'Elena	5
		Burcei	
	3.2	Maracalagonis	2
		Sinnai	
	3.3	Dolianova	2
		Donori	
Serdiana			
4. Sarrabus - Gerrei	4.1	Soleminis	
		Muravera	
		San Vito	
	4.2	Villaputzu	
		Castiadas	
	4.3	Villasimius	
		Armungia	
		Ballao	
		San Nicolo' Gerrei	
		Silius	
5. Sarcidano - Barbagia di Seulo - Trexenta	5.1	Villasalto	1
		Escolca	
		Gergei	
		Isili	
		Nuragus	
		Nurallao	
	5.2	Serri	
		Escalaplano	
		Nurri	
	5.3	Orroli	
		Esterzili	
		Sadali	
		Seulo	
	5.4	Villanovatulo	
		Goni	
		San Basilio	
		Sant'Andrea Frius	
		Senorbi	
5.5	Barrali	2	
	Guamaggiore		
	Guasila		
	Ortacesus		
	Pimentel		
	Samatzai		
	Selegas		
5.6	Gesico		
	Mandas		
	Siurgus Donigala		
	Suelli		

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 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