

**AZIENDA SANITARIA LOCALE SALERNO**  
**P.IVA 04701800650**

**Incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al 1° marzo 2023 dalla ASL SALERNO - Regione Campania, art.63 comma 1 del vigente A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale**

Ai sensi dell'art. 63, comma 1, del vigente ACN, nel presente Avviso si pubblicano gli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale individuati al 1° marzo 2023 dalla Azienda Sanitaria Locale Salerno - Regione Campania.

Entro 20 giorni dalla data di pubblicazione dell'Avviso nel Bollettino Ufficiale della Regione i medici interessati possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti presentando, esclusivamente **tramite pec.: protocollo generale@pec.aslsalerno.it.**, la domanda di partecipazione, compilando altresì laddove necessario, l'autocertificazione informativa.

Possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti pubblicati i medici in possesso dell'attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione previsto ai sensi dell'art. 66 del vigente A.C.N.

Ciò premesso in via generale, possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti:

**per trasferimento:** i medici titolari di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria territoriale in un'Azienda della Regione Campania o in un'Azienda di altra Regione, a condizione che risultino titolari rispettivamente da almeno un anno e da almeno due anni dell'incarico dal quale provengono. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo dei posti disponibili in ciascuna azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo del terzo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. In caso di disponibilità di un solo posto per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento; I medici sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato nell'emergenza sanitaria territoriale, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'articolo 22, ACN. In caso di pariposizione sono graduati nell'ordine di minore età, voto di laurea ed anzianità di laurea.

Il medico che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza. La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

I medici già titolari d'incarico di emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato possono concorrere all'assegnazione solo per trasferimento.

**per graduatoria:**

1. i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso e che siano in possesso dei requisiti

necessari per le attività di emergenza sanitaria territoriale;

2. i medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di cui all'art.63, comma 4, ACN ;

3. i medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione;

a. tali medici saranno interpellati nel seguente ordine:

i. medici frequentanti la terza annualità del corso

ii. medici frequentanti la seconda annualità del corso

iii. medici frequentanti la prima annualità del corso

4. i medici di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla

Legge 25 giugno 2019, n. 60, frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale in Regione. 1

- a. tali medici saranno interpellati nel seguente ordine:
- i. medici frequentanti la terza annualità del corso
  - ii. medici frequentanti la seconda annualità del corso
  - iii. medici frequentanti la prima annualità del corso
5. i medici di cui all'art.1 comma 272 della legge 234. del 30.12.2021.

La graduatoria verrà effettuata ai sensi dell'art.63 ACN, comma 9.

I medici già titolari d'incarico di emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato possono concorrere all'assegnazione solo per trasferimento.

Il medico che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza. La rinuncia o decadenza dal nuovoincarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

Pertanto qualora espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art.63 del vigente ACN, uno o più incarichi di emergenza sanitaria territoriale, rimarranno vacanti, si procederà all'interpello dei medici laureati in medicina e chirurgia, abilitati all'esercizio professionale iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale nella regione Campania, in possesso del corso di formazione previsto ai sensi dell'art. 66 del vigente A.C.N.

- a. tali medici saranno interpellati nel seguente ordine:
- i. medici frequentanti la terza annualità del corso
  - ii. medici frequentanti la seconda annualità del corso
  - iii. medici frequentanti la prima annualità del corso

All'atto dell'assegnazione dell'incarico il medico dovrà rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

La domanda, deve essere inviata esclusivamente alla Aziende Sanitaria Locale Salerno, in relazione agli incarichi vacanti pubblici, tramite pec.: [protocollogenerale@pec.aslsalerno.it](mailto:protocollogenerale@pec.aslsalerno.it), riportando sull'oggetto: "domanda per conferimento incarichi di emergenza sanitaria territoriale anno 2023".

La ASL provvederà a predisporre le graduatorie aziendali che verranno rese pubbliche mediante l'affissione all'albo aziendale, alla convocazione dei medici aventi titolo con un preavviso di quindici giorni, al conferimento degli incarichi vacanti secondo le modalità di cui all' art. 63 del vigente ACN.

Il medico oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare la propria accettazione mediante PEC, indicando l'ordine di priorità per l'accettazione tra gli incarichi vacanti pubblicati per i quali ha concorso.

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679, in relazione ai dati personali richiesti, si precisa che tali dati verranno trattati esclusivamente per le finalità e gli adempimenti istituzionali previsti dall'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale per la procedura di attribuzione degli incarichi vacanti d'emergenza sanitaria territoriale.

Attenzione: i medici che aspirano al conferimento degli incarichi non devono trovarsi nelle condizioni di cui all'art.21 del vigente ACN.

#### SERVIZIO EMERGENZA TERRITORIALE INCARICHI ZONE CARENTI

DISTRETTO SANITARIO	CARENZE N.
DSB 60 – 61 -62	3
DSB 63	8
DSB 64	3
DSB 65	1
DSB 66	8
DSB 67	1
DSB 68	5
DSB 69	6
DSB 70	7

<b>DSB 71</b>	<b>6</b>
<b>DSB 72</b>	<b>2</b>
<b>TOTALE</b>	<b>100</b>

**IL DIRETTORE GENERALE**  
**Dott. Gennaro Sosto**

## DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE

### DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE (per trasferimento)

(ALLEGATO A)

AL DIRETTORE GENERALE  
ASL SALERNO  
VIA NIZZA 146  
84124 SALERNO

Marca da Bollo € 16,00

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

**TITOLARE DI INCARICO A TEMPO INDETERMINATO** per l'emergenza sanitaria territoriale  
A far data dal \_\_\_\_\_ presso l'Azienda/USL \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_

### FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 63 ACN vigente, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, e segnatamente per i seguenti incarichi (indicare separatamente e con precisione gli incarichi per cui si concorre, specificando il distretto per cui si concorre):

N. POSTI	DISTRETTO SANITARIO N.

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76, DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000

## DICHIARA

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con \_\_\_\_\_ voto \_\_\_\_\_;
2. di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di \_\_\_\_\_;
3. di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria territoriale presso l'Azienda  
/USL di \_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_ dal  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_;
4. di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria  
territoriale:

dal	al	ASL	Regione
dal	al	ASL	Regione
dal	al	ASL	Regione
dal	al	ASL	Regione

5. di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale;
6. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del  
Regolamento 1.1E n. 2016/679.

Allega:

- dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato E).
- copia fotostatica di un documento d'identità (art. 38 del DPR 445/00).

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

pec: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ firma per esteso \_\_\_\_\_

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).

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL' ASSEGNAZIONE  
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE  
(per graduatoria)**

(ALLEGATO B)

AI DIRETTORE GENERALE  
ASL SALERNO VIA NIZZA 146  
84124 SALERNO

Marca da Bollo € 16,00

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. CAP \_\_\_\_\_

CELL. \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Regione \_\_\_\_\_ **INSERITO NELLA GRADUATORIA REGIONALE VALIDA PER  
L'ANNO 2023**

**F A D O M A N D A**

secondo quanto previsto dall'art. 63 ACN vigente, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, e segnatamente per i seguenti incarichi (indicare separatamente e con precisione gli incarichi per cui si concorre, specificando il distretto per cui si concorre):

N. POSTI	DISTRETTO SANITARIO N.

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76, DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000

**DICHIARA**

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con \_\_\_\_\_ voto \_\_\_\_\_;
2. di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di \_\_\_\_\_;  
(cancellare quello che non interessa)
3. di essere iscritto nella graduatoria regionale – valevole per l'anno 2023 con punti \_\_\_\_\_, e che<sup>6</sup>

- alla data di scadenza della presentazione della domanda di inserimento/integrazione titoli nella graduatoria non era titolare di incarico a tempo indeterminato di emergenza sanitaria;
4. di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato per l'emergenza sanitaria territoriale;
  5. di essere residente nel comune di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
  6. di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato presso la stessa ASL nel servizio di continuità assistenziale dal \_\_\_\_\_;
  7. di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato nell'ambito della Regione Campania nel servizio di continuità assistenziale ASL dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;
  8. di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale;
  9. di aver acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale presso la Regione \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
  10. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento 1.1E n. 2016/679.

Allega:

- dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato D).
- copia fotostatica di un documento d'identità (art. 38 del DPR 445/00).

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

pec: \_\_\_\_\_

Data

firma per esteso

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).

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE  
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**  
( medico frequentante il corso di formazione specifica in medicina generale )

( ALLEGATO C )

**AI DIRETTORE GENERALE  
ASL SALERNO  
VIA NIZZA 146  
84124 SALERNO**

Marca da Bollo € 16,00

Il sottoscritto Dott, \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ prov.. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_  
Regione \_\_\_\_\_ **INSERITO NELLA GRADUATORIA REGIONALE VALIDA PER L'ANNO 2023**

**FA DOMANDA**

seconda quanto previsto dall'articolo 9, comma 1 del Decreto Legge n.135/2018, convertito in Legge n. 12/2019, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale della Regione Campania qualora, espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 63 del vigente ACN, uno o più incarichi di emergenza sanitaria territoriale rimangono vacanti;

per gli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania n del / /2023, e segnatamente per i seguenti incarichi (indicare separatamente e con precisione gli incarichi per cui si concorre, specificando il distretto per cui si concorre):

N.POSTI	DISTRETTO SANITARIO N.



A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76, DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000

### DICHIARA

1. di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con \_\_\_\_\_ voto \_\_\_\_\_;
2. di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di \_\_\_\_\_;
3. di frequentare il \_\_\_\_\_ (indicare l'anno di corso) anno del Corso di formazione specifica in medicina generale relativo al corso triennale \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ presso la Regione \_\_\_\_\_ iniziato in data;
4. di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale;
5. di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov(\_\_\_\_) dal \_\_\_\_\_
6. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m i. e del Regolamento 1.1E n. 2016/679.

### DICHIARA INOLTRE

- a) di essere a conoscenza che verrà eventualmente interpellato qualora, espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 63 del vigente ACN uno o più incarichi di emergenza sanitaria territoriale rimarranno vacanti
- b) di essere a conoscenza che potrà partecipare all'assegnazione di tali incarichi solo se iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale

Allega:

- dichiarazione sostitutiva di atto notorio (allegato D).
- copia fotostatica di un documento d'identità (art. 38 del DPR 445/00).

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

\_\_\_\_\_

pec: \_\_\_\_\_

Data firma per esteso

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 D)

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_ residente in  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP  
dal \_\_\_\_\_ iscritto all'ordine dei medici n. \_\_\_\_\_ della provincia di  
\_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_ consapevole delle  
responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto  
dall'art. 76, DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR 445/2000

DICHIARA

1. fruire/non fruire (1) del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
  2. fruire / non fruire (1) di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente;
3. fruire / non fruire (1) di trattamento di quiescenza per le sole prestazioni della quota "A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM;
4. 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 \_\_\_\_\_

5. essere / non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n. \_\_\_\_\_ scelte e con n° \_\_\_\_\_ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_

6. essere / non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n. \_\_\_\_\_ scelte periodo dal \_\_\_\_\_

7. essere / non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno : (2)

Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore settimanali

Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore settimanali

8. essere / non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni : (2)  
provincia \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_

periodo: dal \_\_\_\_\_

9. avere / non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 quinquies, Decreto Legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni:

Azienda \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Tipo di attività --

\_\_\_\_\_

periodo: dal \_\_\_\_\_

10. essere / non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione o in altra regione (2) :

Regione ----- Azienda -----  
ore sett. \_\_\_\_\_ in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

11 di essere / non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Legislativo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Legislativo n. 257/91, e corrispondenti norme di cui al Decreto Legislativo n. 368/99 e successive modifiche ed integrazioni.

Denominazione del corso ..... Soggetto  
pubblico che lo svolge -----  
Inizio: dal -----

12. operare /non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8 — quinquies del decreto legislativo n 502/1992 e successive modificazioni (2):

Organismo.....ore settimanali Via ----- Comune di -----

Tipo di attività -----  
Tipo di -----  
rapporto di lavoro -----  
Periodo: dal -----

13. 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 Legge n. 833/78: (2)

Organismo.....ore settimanali Via...Comune di ..... Tipo di attività -----  
Tipo di rapporto di lavoro ----- Periodo: dal -----

14. svolgere / non svolgere ( 1 ) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81:

Azienda.....ore settimanali Via.....Comune di ..... Periodo: dal -----

15 svolgere / non svolgere ( 1 ) per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte : (2)

Azienda ..... Comune di ..... Periodo: dal -----

16 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 -----

17 essere /non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interesse col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale: .....

18 svolgere /non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compresa nei punti precedenti ; in caso negativo scrivere :

nessuna)..... Periodo: dal -----

19 essere / non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate, a tempo determinato o a tempo indeterminato : (1) (2)

Azienda.....Comune.....ore sett. Tipo di attività -----

-----  
Periodo : dal -----

20 operare/non operare(1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 5, 6, 7, 10):

Soggetto  
Pubblico \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ -Comune \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_

Periodo: \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ --

al \_\_\_\_\_

NOTE:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DICHIARO CHE LE NOTIZIE SOPRA RIPORTATE CORRISPONDONO AL VERO

Dichiaro, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del d.lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 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 \_\_\_\_\_ In Fede \_\_\_\_\_

- (1) Cancellare la parte che non interessa
- (2) Completare con notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare la sezione note \_\_\_\_\_