

Al Direttore Generale
Azienda ARES 118
Via Portuense 24000149 Roma

DISPONIBILITÀ' PER INCARICHI A TEMPO DETERMINATO DI CONTINUITÀ' ASSISTENZIALE
MEDICI INSERITI GRADUATORIA REGIONALE – (ACN Medicina Generale 2005/2009)

I I/La sottoscritto/a
Nato/a a(prov.....) il.....
Codice Fiscale
Residence a..... in Via/P.za..... nCAP
Telefono cellulare fax.....
indirizzo e mail / PEC.....

COMUNICA

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

E A TAL FINE DICHIARA:

di aver conseguito: Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di
il con voto..... / 110;

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

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

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

di essere inserito nella graduatoria Regionale di settore per la continuità assistenziale del Lazio, di cui al

BUR Lazio n.....del.....nella posizione n.....con punti.....

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

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

Trattamento dei dati personali: ai sensi dell'art 13 comma 1 del D lgs 30/6/2003 n 196, i dati personali forniti con la presente saranno trattati esclusivamente per le finalità inerenti la gestione dei rapporti di lavoro che si dovessero instaurare a seguito dell'utilizzo dell'elenco dei disponibili. La raccolta dei dati è obbligatoria ai fini della valutazione dei requisiti per la formulazione della citata graduatoria aziendale di disponibilità, che sarà pubblicata nell'albo e nel sito web di ARES I 18.

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

L'interessato gode dei diritti di cui agli art 7, art 9 cc2,3,5, art 10 c 7 del citato D lgs 196/2003, tra i quali il diritto di accesso ai dati che lo riguardano e quello di far rettificare i dati erronei, incompleti o raccolti in termini non conformi al decreto.data firma

Allega alla presente copia fotostatica di un documento di identità.

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

La presente autodichiarazione, resa all'Azienda ARES 118 Lazio ai sensi delle norme sopra riportate, ha lo scopo di accertare eventuali incompatibilità ovvero inconfiribilità ex ACN MMG 2005-2009. La veridicità delle informazioni in essa riportate sarà accertata d'ufficio.

Il/la sottoscritto/a

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

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

Segue Auto Dichiarazione Dott./Dott.ssa

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

NOTE:

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

Data Firma

Segue Autodichiarazione Dott./Dott.ssa

N.B. Alla presente autocertificazione dovrà necessariamente essere allegata la fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità (art. 38, D.P.R. 445 del 28/12/2000).

Dichiaro altresì di non aver mai prestato servizi presso Pubblica Amministrazione con rapporto di dipendenza ovvero di non aver avuto precedenti rapporti di impiego con la Pubblica Amministrazione che si sono conclusi con un provvedimento di licenziamento, decadenza, destituzione.

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero. In fede.

Data Firma _____

ALLEGA ALLA PRESENTE AUTODICHIARAZIONE COPIA VALIDO DOCUMENTO DI IDENTITÀ

Tipo di documento _____ Nr. _____

Rilasciato da _____ il _____

Scadenza il _____

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

- 1) cancellare la parte che non interessa:
- 2) compilare le notizie richieste qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce ai foglio alla voce "NOTE".