



**REGIONE SICILIANA**  
**ASSESSORATO DELLA SALUTE**

**DIPARTIMENTO REGIONALE PER LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA**  
**IL DIRIGENTE GENERALE AD INTERIM**

**“ AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA**  
**IN SOFFERENZA ASSISTENZIALE ”**

- VISTO lo Statuto della Regione Siciliana;
- VISTA la legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale n. 833 del 23 dicembre 1978;
- VISTO il D.L.vo 502/92, come modificato dal D.L.vo 517/93 ed ulteriormente modificato ed integrato dal D.L.vo 229/99 ;
- VISTO l’Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta del 2005, per come modificato dall’ACN 2018;
- VISTO l’Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta del 28/04/2022;
- VISTO l’Accordo Integrativo Regionale per la pediatria di libera scelta recepito con D.A. n. 1209 del 29 giugno 2011 e modificato con D.A. n. 1501/2021 del 21/12/2021;
- VISTO l’art. 4 del precitato AIR del 21/12/2021 che sostituisce l’art. 21 dell’A.I.R. del 29/06/2011;
- VISTO il D.D.G. n. 3/2023 del 3 gennaio 2023, pubblicato sulla G.U.R.S. n. 2 del 13 gennaio 2023, con il quale sono stati pubblicati gli ambiti territoriali carenti di pediatria di libera scelta in sofferenza assistenziale, per come deliberati dal Comitato Regionale di Pediatria della seduta del 20/10/2022;
- VISTO il D.D.G. n. 169/2023 dell’8 marzo 2023, con il quale è stata pubblicata la graduatoria provvisoria degli ambiti territoriali carenti di pediatria di libera scelta in sofferenza assistenziale;

CONSIDERATO che nel medesimo DDG 169/2023 è stato riportato l’ambito “TRAPANI, ERICE, PACECO, FAVIGNANA, PANTELLERIA, CUSTONACI, VALDERICE, SAN VITO LO CAPO, BUSETO PALIZZOLO” (obbligo di apertura nel comune di Valderice), rideterminato con il D.D.G. n. 604 del 11/07/2022 (G.U.R.S. n. 33 del 11/07/2022), che ha sostituito quello di “CUSTONACI, VALDERICE, SAN VITO LO CAPO, BUSETO PALIZZOLO” (obbligo di apertura nel comune di Valderice) e per il quale sussistono le medesime condizioni per la dichiarazione di sofferenza assistenziale;

RITENUTO per l'effetto di dovere annullare la graduatoria provvisoria approvata con il sopracitato D.D.G. 169/2023 dell'8 marzo 2023 e disporre la contestuale riapertura dei termini per il solo ambito sopra riportato, per come rideterminato, ferma restando la validità delle istanze già pervenute entro i termini indicati nel DDG 3/2023;

VISTO il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, approvato con D.P.R. 28/12/00 n.445;

VISTE le norme in materia di trasparenza e di pubblicità dell'attività amministrativa di cui all'art. 68 della L. R. 12 agosto 2014 n. 21 e s. m. i.;

## DECRETA

ART. 1 - Per quanto in premessa indicato, fermo restando quant'altro previsto dal D.D.G. n. 3/2023 del 3 gennaio 2023, a rettifica e integrazione degli ambiti nello stesso indicati, con il presente provvedimento viene modificato e integrato il seguente ambito:

ASP di Trapani:

- "TRAPANI, ERICE, PACECO, FAVIGNANA, PANTELLERIA, CUSTONACI, VALDERICE, SAN VITO LO CAPO, BUSETO PALIZZOLO" (obbligo di apertura nel comune di Valderice), anzichè "CUSTONACI, VALDERICE, SAN VITO LO CAPO, BUSETO PALIZZOLO".

ART. 2 - Con il presente provvedimento viene annullata la graduatoria provvisoria di cui al sopracitato D.D.G. n. 169/2023 dell'8 marzo 2023.

ART. 3 – Fermo restando la validità delle domande di partecipazione pervenute relative all'assegnazione delle zone carenti di pediatria di libera scelta in sofferenza assistenziale già presentate, secondo le modalità e i termini di cui al D.D.G. n. 3/2023 del 30 gennaio 2023, sono riaperti i termini per la presentazione di eventuali domande esclusivamente per coloro che intendessero partecipare all'assegnazione dell'ambito di "TRAPANI, ERICE, PACECO, FAVIGNANA, PANTELLERIA, CUSTONACI, VALDERICE, SAN VITO LO CAPO, BUSETO PALIZZOLO"(obbligo di apertura nel comune di Valderice). Partecipano automaticamente all'assegnazione del suddetto ambito coloro i quali abbiano già presentato domanda di partecipazione a tutti gli ambiti dell'A.S.P. di Trapani.

ART. 4 – I medici interessati di cui all'art. 3, **entro 20 giorni dalla pubblicazione del presente decreto sulla G.U.R.S.** devono trasmettere, a mezzo raccomandata a.r., apposita domanda, secondo gli schemi allegati al DDG n. 3/2023 del 30 gennaio 2023 (G.U.R.S. n. 2 del 13 gennaio 2023) e specificatamente "A" e "A1" (trasferimenti regionali), "B" e "B1" (trasferimenti altre Regioni), "C" e "C1" (assegnazione per graduatoria), "D" e "D1" (pediatri non inseriti in graduatoria ma specializzati successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale) "E" (dichiarazione sostitutiva di atto notorio) all'Assessorato Regionale della Salute – Dipartimento per la Pianificazione Strategica – Servizio 1 "Personale del S. S. R. – Dipendente e Convenzionato" – p.zza Ottavio Ziino n. 24 - 90145 Palermo.

Il presente decreto sarà pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana e trasmesso al responsabile del procedimento di pubblicazione di contenuti sul sito istituzionale, ai fini dell'assolvimento dell'obbligo di pubblicazione on line.

Palermo, 30 marzo 2023

IL DIRIGENTE GENERALE  
*ad interim*  
(f.to dott. Salvatore Requirez)  
firma autografa sostituita sostituita  
a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3  
comma 2 del D.Lgs 39/1993

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO  
(f.to dott. Roberto Virzi)

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI  
DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA (PER TRASFERIMENTO)**

(Modulo da compilare a cura dei pediatri convenzionati presso la REGIONE SICILIA)

**Marca da Bollo**

€ 16,00

All'Assessorato Regionale della Salute

Dipartimento Pianificazione Strategica

Servizio 1° "Personale del S.S.R. Dipendente e  
Convenzionato"

Piazza O. Ziino n° 24

90145 Palermo

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_ titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera  
scelta presso l'A.S.P. di \_\_\_\_\_, ambito territoriale di  
\_\_\_\_\_ della Regione Sicilia  
PEC ( obbligatoria) \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

secondo quanto previsto dall'art. 32 comma 5 lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale dei medici specialisti pediatri di libera scelta del 28/04/2022, per l'assegnazione del seguente ambito territoriali carenti di pediatria di libera scelta:

ASP \_\_\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_  
ASP \_\_\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_  
ASP \_\_\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_

**ACCLUDE**

- Dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il possesso dei requisiti per concorrere al trasferimento e l'anzianità di incarico (all. "A1");
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. "E");
- Copia fotostatica di un documento di identità, in corso di validità (obbligatoria pena l'esclusione in quanto parte integrante delle superiori dichiarazioni)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 28.12.2000, n. 445 e smi

**d i c h i a r a**

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445 del 28/12/00 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa:

a) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta presso l'A.S.P. di \_\_\_\_\_ ambito territoriale di \_\_\_\_\_ della Regione Sicilia dal ( g/m/a) \_\_\_\_\_ ;

b) di vantare un'anzianità complessiva di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta pari a mesi \_\_\_\_\_ (1), e precisamente:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ ;

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ ;

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ ;

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (2)

Data \_\_\_\_\_

Firma (3) \_\_\_\_\_

(1) nel computo dell'anzianità complessiva vanno detratti gli eventuali periodi di cessazione dall'incarico.

(2) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 "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".

(3) ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI  
DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA (PER TRASFERIMENTO)**

(Modulo da compilare a cura dei pediatri convenzionati presso ALTRA REGIONE)

Marca da Bollo

€ 16,00

All'Assessorato Regionale della Salute  
Dipartimento Pianificazione Strategica  
Servizio 1° "Personale del S.S.R. Dipendente e  
Convenzionato"  
Piazza O. Ziino n° 24  
90145 Palermo

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_ titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera  
scelta presso l'A.S.L. n. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ ambito territoriale di  
\_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_ ;  
PEC ( OBBLIGATORIA) \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

secondo quanto previsto dall'art. 32 comma 5 lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale dei medici specialisti pediatri di libera scelta del 28/04/2022, per l'assegnazione del seguente ambito territoriale carente di pediatria di libera scelta :

ASP \_\_\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_  
ASP \_\_\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_  
ASP \_\_\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_

**ACCLUDE**

- Dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il possesso dei requisiti per concorrere al trasferimento e l'anzianità di incarico (all. "B1");
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. "E");
- Copia fotostatica di un documento di identità, in corso di validità (obbligatoria pena l'esclusione in quanto parte integrante delle superiori dichiarazioni)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 28.12.2000, n. 445, per comprovare l'anzianità complessiva di incarico di pediatria di libera scelta

**d i c h i a r a**

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445 del 28/12/00 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa:

a) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta ed iscritto nell'elenco dei medici pediatri presso l'A.S.L. n. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ ambito territoriale di \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ ;

b) di vantare un'anzianità complessiva di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta nell'ambito della Regione \_\_\_\_\_ pari a mesi \_\_\_\_\_ (1), e precisamente:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ ;

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ ;

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ ;

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (2)

Data \_\_\_\_\_

Firma (3) \_\_\_\_\_

(1) nel computo dell'anzianità complessiva vanno detratti gli eventuali periodi di cessazione dall'incarico.

(2) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 "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".

(3) ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI  
DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA (PER GRADUATORIA)**

(Modulo da compilare a cura dei pediatri inseriti nella graduatoria della REGIONE SICILIA valida per l'anno 2023)

Marca da Bollo

€ 16,00

All'Assessorato Regionale della Salute  
Dipartimento Pianificazione Strategica  
Servizio 1° "Personale del S.S.R. Dipendente e  
Convenzionato"  
Piazza O. Ziino n° 24  
90145 Palermo

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_ inserito nella graduatoria unica regionale di pediatria di libera  
scelta della Regione Siciliana valida per l'anno 2023 con punti \_\_\_\_\_  
PEC ( obbligatoria) \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA**

secondo quanto previsto dall'art. 32 comma 5 lettera c) dell'Accordo Collettivo Nazionale dei medici specialisti pediatri di libera scelta del 28/04/2022, per l'assegnazione del seguente ambito territoriale carente di pediatria di libera scelta:

ASP \_\_\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_

ASP \_\_\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_

ASP \_\_\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_

**ACCLUDE**

Autocertificazione di residenza storica ( All C1);

Dichiarazione sostitutiva di atto notorio ( All E)

Copia fotostatica di un documento di identità, in corso di validità (obbligatoria pena l'esclusione in quanto parte integrante delle superiori dichiarazioni)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**AUTOCERTIFICAZIONE**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

inserito nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta della Regione Siciliana valida per l'anno 2023 con punti \_\_\_\_\_

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/00 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

**d i c h i a r a**

a) di essere residente nel territorio della Regione Siciliana dal \_\_\_\_\_, senza soluzione di continuità (1);

b) di essere residente presso il Comune di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_, senza soluzione di continuità (1).

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (2)

Data \_\_\_\_\_

Firma (3) \_\_\_\_\_

(1) La mancata indicazione dei dati relativi alla residenza, comporta la non assegnazione dei punteggi aggiuntivi, previsti dall'art. 33, comma 3, lettere b) e c);

(2) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 “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”.

(3) ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI  
DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA**

(Pediatri non inseriti nella graduatoria della Regione Sicilia valida per l'anno 2023 in quanto specializzati successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale)

**Marca da Bollo**

**€ 16,00**

All'Assessorato Regionale della Salute

Dipartimento Pianificazione Strategica

Servizio 1° "Personale del S.S.R. Dipendente e  
Convenzionato"

Piazza O. Ziino n° 24

90145 Palermo

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap  
\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
PEC ( obbligatoria) \_\_\_\_\_  
Specializzato in \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA**

secondo quanto previsto dall'art. 32 comma 5 lettera d) dell'Accordo Collettivo Nazionale dei medici specialisti pediatri di libera scelta del 28/04/2022, per l'assegnazione del seguente ambito territoriale carente di pediatria di libera scelta:

ASP \_\_\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_

ASP \_\_\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_

ASP \_\_\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_

**ACCLUDE**

Dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il possesso dei requisiti per concorrere all'attribuzione dell'incarico (All D1);.

Dichiarazione sostitutiva di atto notorio ( All E)

Copia fotostatica di un documento di identità, in corso di validità (obbligatoria pena l'esclusione in quanto parte integrante delle superiori dichiarazioni)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**AUTOCERTIFICAZIONE**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/00 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

**d i c h i a r a**

a) di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

b) di essere avere conseguito la specializzazione in Pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i. :

presso \_\_\_\_\_

specializzazione \_\_\_\_\_

data acquisizione del titolo \_\_\_\_\_ voto \_\_\_\_\_

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Data \_\_\_\_\_

Firma (2) \_\_\_\_\_

(1) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 "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".

(3) ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

**DICHIARAZIONE INFORMATIVA**  
(Dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ iscritto

all'Albo dei \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445 del 28/12/00 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 incarico a tempo determinato o a tempo indeterminato come medico specialista pediatra di libera scelta presso l'ASP di \_\_\_\_\_ ambito territoriale di \_\_\_\_\_;
- 2) 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 \_\_\_\_\_
- 3) essere / non essere titolare di incarico di assistenza primaria presso l'ASP. di \_\_\_\_\_ ambito territoriale di \_\_\_\_\_;
- 4) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:  
Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_;
- 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 sett. \_\_\_\_\_;
- 7) operare / non operare 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 D.L.vo n.502/92 e successive modificazioni:  
Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
Tipo di attività \_\_\_\_\_ Tipo di lavoro \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- 8) 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 L.833/78:  
Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
Tipo di attività \_\_\_\_\_ Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_;
- 9) svolgere – non svolgere funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della L.626/93:  
Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;

- 10) svolgere – non svolgere per conto dell’INPS o dell’Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell’ambito del quale può acquisire scelte:  
 Azienda \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ ;
- 11) fruire / non fruire del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14/10/76 del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:  
 dal \_\_\_\_\_ ;
- 12) svolgere / non svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate:  
 tipo di attività \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ ;
- 13) essere / non essere titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate  
 Azienda \_\_\_\_\_ tipo di attività \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ ;
- 14) operare / non operare a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico oltre alle ipotesi sopra evidenziate, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata  
 Soggetto pubblico \_\_\_\_\_  
 Via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
 Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
 Tipo di attività \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ ;
- 15) essere / non essere titolare di trattamento di pensione:  
 \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ ;
- 16) 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) \_\_\_\_\_

(1) ai sensi dell’art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 “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) ai sensi dell’art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.