

**REPUBBLICA ITALIANA**



**REGIONE SICILIANA**

**ASSESSORATO DELLA SALUTE  
DIPARTIMENTO REGIONALE PER LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA**

**IL DIRIGENTE GENERALE**

**“BANDO INCARICHI VACANTI DI MEDICINA PENITENZIARIA ANNO 2025”**

- VISTO lo Statuto della Regione Siciliana;
- VISTA la legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale del 23/12/78 n. 833;
- VISTO il D.L.vo 502/92, come modificato ed integrato con il D.L.vo 517/93, e ulteriormente modificato con D.L.vo 229/99;
- VISTO l’Accordo Collettivo Nazionale dei Medici di Medicina Generale del 04/04/2024 e s.m.i;
- VISTO l’art. 72 dell’A.C.N. 04/04/2024 che stabilisce i criteri per la copertura degli incarichi vacanti di medicina penitenziaria;
- VISTO l’art. 72 comma 3 dell’A.C.N. 04/04/2024 ai sensi del quale possono concorrere al conferimento degli incarichi vacanti:
- a) i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza penitenziaria da almeno un anno. 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;
  - b) I medici inclusi nella graduatoria regionale di medicina generale valida per l’anno 2025;
  - c) 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 valida per il 2025, autocertificandone il possesso all’atto della presentazione della domanda;
  - d) i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale, non compresi nella lettera precedente;

e) i medici di cui all'art. 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 nella regione Sicilia;

f) i medici di cui all'art. 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 nella regione Sicilia;

VISTO il D.A. n. 388 dell' 11 aprile 2024 con il quale è stato approvato l'Accordo Integrativo Regionale della medicina penitenziaria;

VISTO il D.A. n. 24 del 14 gennaio 2025, con il quale si è provveduto alla modifica dell'art. 5 del sopra citato Accordo Integrativo della Regione Sicilia 2024 di Medicina Penitenziaria, pubblicato in data 26/04/2024, fatto salvo, per tutto il resto, quanto già nel medesimo Accordo contenuto, tenuto conto dell'entrata in vigore del nuovo ACN 2024;

VISTO l'art. 72 comma 4 dell'A.C.N. 04/04/2024, ai sensi del quale i medici già titolari di incarico a tempo indeterminato di medicina penitenziaria possono concorrere all'attribuzione degli incarichi vacanti solo per trasferimento;

VISTO il D.D.G. n. 1271 del 18/11/24 (G.U.R.S. n. 53 del 29/11/24) e s.m.i., con il quale è stata approvata la Graduatoria Regionale definitiva di Medicina Generale valida per l'anno 2025;

VISTA la nota prot. n. 8099 del 4 febbraio 2025 con la quale l'Amministrazione Regionale ha attivato le procedure di ricognizione, invitando le AA.SS.PP. ad individuare e comunicare gli incarichi vacanti di Medicina Penitenziaria relativi all'anno 2025;

PRESO ATTO delle comunicazioni pervenute da parte delle Aziende Sanitarie Provinciali della Regione relativamente agli incarichi vacanti di Medicina Penitenziaria relativi all'anno 2025;

RITENUTO di dover procedere alla pubblicazione degli incarichi di Medicina Penitenziaria relativi all'anno 2025;

VISTO il D.P.R. n. 445/00 recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di semplificazione delle certificazioni amministrative;

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.;

## **D E C R E T A**

ART. 1 Gli incarichi vacanti di Medicina Penitenziaria relativi all'anno 2025 e dei quali con il presente decreto si dispone la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana, sono quelli di seguito indicati distinti per Azienda Sanitaria Provinciale:

## **INCARICHI VACANTI DI MEDICINA PENITENZIARIA ANNO 2025**

### **AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO**

#### **CASA CIRCONDARIALE**

#### **INCARICHI**

- Agrigento	1	38 h settimanali;
- Agrigento	8	24 h settimanali;
- Sciacca	1	38 h settimanali;
- Sciacca	4	24 h settimanali;

### **AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CALTANISSETTA**

#### **CASA CIRCONDARIALE**

#### **INCARICHI**

- Caltanissetta	2	38 h settimanali;
- San Cataldo	1	24 h settimanali;
- I.P.M. Caltanissetta	2	38 h settimanali;

### **AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANIA**

#### **CASA CIRCONDARIALE**

#### **INCARICHI**

- Catania – Piazza Lanza	3	38 h settimanali;
- Catania – Piazza Lanza	8	24 h settimanali;
- Caltagirone	2	38 h settimanali;
- Caltagirone	8	24 h settimanali;
- Catania – Bicocca	1	38 h settimanali;
- Catania – Bicocca	4	24 h settimanali;
- Giarre	1	38 h settimanali;
- Giarre	1	24 h settimanali;
- I.P.M. Catania – Bicocca	1	38 h settimanali;
- I.P.M. Catania – Bicocca	3	24 h settimanali;
- I.P.M. Acireale	1	24 h settimanali;

### **AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA**

#### **CASA CIRCONDARIALE**

#### **INCARICHI**

- Enna	8	24 h settimanali;
- Enna	1	12 h settimanali;
- Piazza Armerina	3	24 h settimanali;
- Piazza Armerina	1	12 h settimanali;

### **AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI MESSINA**

POSTAZIONI	INCARICHI	
- Messina	7	24 h settimanali;
- Barcellona Pozzo di Gotto	8	24 h settimanali;

### **AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI PALERMO**

CASA CIRCONDARIALE	INCARICHI	
- Pagliarelli	6	38 h settimanali;
- Pagliarelli	2	24 h settimanali;
- Ucciardone	5	38 h settimanali;
- Termini Imerese	1	38 h settimanali;
- Termini Imerese	1	24 h settimanali;
- I.P.M. Malaspina	1	38 h settimanali;
- I.P.M. Malaspina	2	24 h settimanali;

### **AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI RAGUSA**

POSTAZIONI	INCARICHI	
- Ragusa	8	38 h settimanali;

### **AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI SIRACUSA**

CASA CIRCONDARIALE	INCARICHI	
- Siracusa	6	38 h settimanali;
- Siracusa	1	24 h settimanali;
- Augusta	5	38 h settimanali;
- Noto	3	38 h settimanali;
- Noto	2	24 h settimanali;

### **AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI TRAPANI**

POSTAZIONI	INCARICHI	
- Trapani	10	24 h settimanali;
- Favignana	5	24 h settimanali;
- Favignana	1	38 h settimanali;
- Castelvetro	7	24 h settimanali;

ART. 2 Possono concorrere al conferimento dei predetti incarichi, secondo il seguente ordine di priorità:

- a) i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza penitenziaria da almeno un anno. 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;
- b) I medici inclusi nella graduatoria regionale definitiva di medicina generale valida per l'anno 2025;
- c) i medici che abbiano acquisito il titolo formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valida per il 2025, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda;
- d) i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale, non compresi nella lettera precedente;
- e) i medici di cui all'art. 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 nella regione Sicilia;
- f) i medici di cui all'art. 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 nella regione Sicilia;

ART. 3 I medici interessati, di cui al precedente art. 2, **entro 20 giorni a decorrere dalla pubblicazione del presente decreto sulla G.U.R.S.** (art. 63 comma 4 dell' A.C.N. del 04/04/2024) devono trasmettere 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, a mezzo raccomandata a.r., apposita domanda di assegnazione di uno o più degli incarichi vacanti pubblicati, in conformità agli schemi allegati “A”, “B”, “C”, “D”, “E”, “F”.

ART. 4 I medici di cui al punto a) del precedente art.2 sono graduati in base all'anzianità di incarico a tempo indeterminato nella medicina penitenziaria detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'art. 22 comma 1 dell'A.C.N. 04/04/2024. Pertanto sono tenuti a compilare apposita dichiarazione ai sensi del D.P.R. 445/00 (all. “A1”) atta a provare l'anzianità di servizio.  
In caso di pari posizione, i medici saranno graduati nell'ordine secondo la minore età, il voto di laurea ed, infine, l'anzianità di laurea.

ART. 5 I medici di cui al punto b) del precedente art.2 sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

- a) punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'art. 19;
- b) punti 5 a coloro che nell'Azienda nella quale è vacante l'incarico per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine

per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;

- c) punti 20 ai medici residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico.

- ART. 6 I medici di cui ai punti c) e d) del precedente art. 2 sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea, con priorità di interpello per i residenti nel territorio aziendale, nella Regione Sicilia e da ultimo fuori Regione; gli stessi dovranno altresì allegare apposita dichiarazione ai sensi del D.P.R. 445/00 (all. "C 1" e "D1").
- ART. 7 I medici di cui ai punti e) ed f) sono graduati nel rispetto della annualità di frequenza del corso (terza, seconda, prima) a partire dalla data di effettivo inizio del corso, in base alla minore età al conseguimento del diploma di laurea, al voto di laurea ed all'anzianità di laurea con priorità di interpello per i residenti nel territorio aziendale, nella Regione Sicilia e da ultimo fuori Regione; gli stessi dovranno altresì allegare apposita dichiarazione ai sensi del D.P.R. 445/00 (all. "E 1" e "F 1").
- ART. 8 In allegato alla domanda gli aspiranti devono inoltrare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante se alla data di presentazione della domanda abbiano in atto rapporti di lavoro dipendente, anche a titolo precario, trattamenti di pensione e se si trovino in posizione di incompatibilità, secondo lo schema allegato "G". Eventuali situazioni di incompatibilità devono cessare al momento dell'assegnazione dell'incarico e comunque prima del conferimento dello stesso.
- ART. 9 Il medico che, in sede di convocazione, accetta l'incarico è cancellato dalla graduatoria regionale di medicina generale valida per l'anno 2025; il medico che accetta l'incarico per trasferimento decade dall'incarico di provenienza dalla data di decorrenza del nuovo incarico.
- ART. 10 L'Azienda, espletate le formalità per l'assegnazione degli incarichi, in caso di assegnazione per trasferimento ad un medico proveniente da altra Regione, comunica all'Azienda di provenienza l'avvenuta accettazione dell'incarico ai fini di quanto previsto dal precedente art. 10.
- ART. 11 L'Azienda conferisce definitivamente l'incarico a tempo indeterminato, ovvero l'incarico temporaneo ai 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 o a quelli 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, con provvedimento del Direttore Generale che viene comunicato all'interessato mediante PEC, con l'indicazione del termine di inizio attività, da cui decorrono gli effetti giuridici ed economici. Al medico con incarico temporaneo è corrisposto il trattamento economico di cui all'art. 75 dell'A.C.N. 04/04/2024.
- ART. 12 Il Direttore Generale conferisce l'incarico a tempo indeterminato ai 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 o a quelli 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, con decorrenza dalla data di conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale, previa acquisizione dell'autocertificazione del titolo.

Il mancato conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale entro il termine previsto dal corso di rispettiva frequenza, comporta la decadenza dell'incarico assegnato.

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 online.

Palermo, 9 giugno 2025

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO  
(dott. Roberto Virzi)

IL DIRIGENTE GENERALE  
(dott. Salvatore Iacolino)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE  
DEGLI INCARICHI VACANTI DI MEDICINA PENITENZIARIA  
(PER TRASFERIMENTO)**

**Marca da Bollo  
€ 16,00**

All'Assessorato Regionale della Salute  
Dipartimento Regionale per la  
Pianificazione Strategica  
Servizio 1 "Personale del S.S.R. –  
Dipendente e Convenzionato"  
P.zza O. Ziino n.24  
90145 – PALERMO

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ titolare di incarico a tempo indeterminato  
di medicina penitenziaria presso la casa circondariale di \_\_\_\_\_,  
della Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ e con anzianità  
complessiva di emergenza sanitaria territoriale pari a mesi \_\_\_\_\_  
P.E.C. \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

secondo quanto previsto dall'art. 72 comma 3 lett. a) dell' Accordo Collettivo Nazionale dei medici  
di medicina generale 04/04/2024, per l'assegnazione di uno dei seguenti incarichi vacanti di  
medicina penitenziaria relativi all'anno 2025, pubblicati sulla G.U.R.S n. \_\_\_\_ del \_\_\_\_\_;

Casa Circondariale _____	ASP _____
Casa Circondariale _____	ASP _____
Casa Circondariale _____	ASP _____
Casa Circondariale _____	ASP _____
Casa Circondariale _____	ASP _____
Casa Circondariale _____	ASP _____

**ACCLUDE**

- ☐ Dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il possesso dei requisiti per concorrere al trasferimento e l'anzianità complessiva di incarico nell'Emergenza sanitaria territoriale (all. "A1");
- ☐ Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. "G");
- ☐ Copia fotostatica di un documento di identità.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_

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

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**

a) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di medicina penitenziaria presso la casa circondariale di \_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;

b) di vantare un'anzianità complessiva di servizio effettivo nella medicina penitenziaria 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) (3)

Data \_\_\_\_\_

Firma (4) \_\_\_\_\_

- (1) nel computo dell'anzianità complessiva vanno detratti gli eventuali periodi di sospensione dal rapporto convenzionale.
- (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) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.
- (4) 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 PARTECIPAZIONE ALL’ASSEGNAZIONE  
DEGLI INCARICHI VACANTI DI MEDICINA PENITENZIARIA**  
(PER GRADUATORIA REGIONALE DI MEDICINA GENERALE VALIDA PER IL 2025)

**Marca da Bollo**  
**€ 16,00**

All’Assessorato Regionale della Salute  
Dipartimento Regionale per la  
Pianificazione Strategica  
Servizio 1 “Personale del S.S.R. –  
Dipendente e Convenzionato”  
P.zza O. Ziino n.24  
90145 – PALERMO

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ inserito nella graduatoria  
regionale di medicina generale della Regione Siciliana valida per l’anno 2025 con punti \_\_\_\_\_  
P.E.C. \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA**

secondo quanto previsto dall’art. 72 comma 3 lett. b) dell’ Accordo Collettivo Nazionale dei medici  
di medicina generale 04/04/2024, per l’assegnazione di uno dei seguenti incarichi vacanti di  
medicina penitenziaria relativi all’anno 2025, pubblicati sulla G.U.R.S. n. \_\_\_\_\_  
del \_\_\_\_\_:

Casa Circondariale _____	ASP _____
Casa Circondariale _____	ASP _____
Casa Circondariale _____	ASP _____
Casa Circondariale _____	ASP _____
Casa Circondariale _____	ASP _____
Casa Circondariale _____	ASP _____

**ACCLUDE**

- ☐ Autocertificazione di residenza storica (all. “B1”);
- ☐ Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. “G”);
- ☐ Copia fotostatica di un documento di identità.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**AUTOCERTIFICAZIONE**

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_

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

inserito nella graduatoria regionale di settore per l’assistenza primaria della Regione Siciliana valida per l’anno 2025 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 Sicilia dal \_\_\_\_\_;

b) di essere residente presso il Comune di \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_.

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

Data \_\_\_\_\_

Firma(2)(3) \_\_\_\_\_

(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.

(3) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE  
DEGLI INCARICHI VACANTI DI MEDICINA PENITENZIARIA**

(MEDICI IN POSSESSO DEL DIPLOMA DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE NON INSERITI IN GRADUATORIA)

**Marca da Bollo  
€ 16,00**

All'Assessorato Regionale della Salute  
Dipartimento Regionale per la  
Pianificazione Strategica  
Servizio 1 "Personale del S.S.R. –  
Dipendente e Convenzionato"  
P.zza O. Ziino n.24  
90145 – PALERMO

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ in possesso dell'attestato di formazione  
specifica in medicina generale conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
P. E. C. (**obbligatoria**) \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA**

secondo quanto previsto dall'art. 72 comma 3 lett. c) dell' Accordo Collettivo Nazionale dei medici  
di medicina generale 04/04/2024, per l'assegnazione di uno dei seguenti incarichi vacanti di  
medicina penitenziaria relativi all'anno 2025 , pubblicati sulla G.U.R.S. n. \_\_\_\_\_  
del \_\_\_\_\_:

Casa Circondariale _____	ASP _____
Casa Circondariale _____	ASP _____
Casa Circondariale _____	ASP _____
Casa Circondariale _____	ASP _____
Casa Circondariale _____	ASP _____
Casa Circondariale _____	ASP _____

**ACCLUDE**

- ☐ Autocertificazione (all. "C1");
- ☐ Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. "G");
- ☐ Copia fotostatica di un documento di identità.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**AUTOCERTIFICAZIONE**

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_

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

in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito in data \_\_\_\_\_

presso l'Università \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

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

- a) di essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale, conseguito presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1) (2)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

- (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) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE  
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**  
(MEDICI IN POSSESSO DEL DIPLOMA DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE)

**Marca da Bollo  
€ 16,00**

All'Assessorato Regionale della Salute  
Dipartimento Regionale per la  
Pianificazione Strategica  
Servizio 1 "Personale del S.S.R. –  
Dipendente e Convenzionato"  
P.zza O. Ziino n.24  
90145 – PALERMO

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ in possesso dell'attestato di formazione  
specifica in medicina generale conseguito il \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
P. E. C. (**obbligatoria**) \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA**

secondo quanto previsto dall'art. 72 comma 3 lett. d) dell' Accordo Collettivo Nazionale dei medici  
di medicina generale 04/04/2024, per l'assegnazione di uno dei seguenti incarichi vacanti di  
medicina penitenziaria individuati al 1° marzo 2025, pubblicati sulla G.U.R.S. n. \_\_\_\_\_  
del \_\_\_\_\_:

Casa Circondariale _____	ASP _____
Casa Circondariale _____	ASP _____
Casa Circondariale _____	ASP _____
Casa Circondariale _____	ASP _____
Casa Circondariale _____	ASP _____
Casa Circondariale _____	ASP _____

**ACCLUDE**

- ☐ Autocertificazione (all. "D1");
- ☐ Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. "G");
- ☐ Copia fotostatica di un documento di identità.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**AUTOCERTIFICAZIONE**

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_

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

in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito in data \_\_\_\_\_

presso l'Università \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

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

- b) di essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in Medicina Generale, conseguito presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1) (2)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

- (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) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI  
VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**

(MEDICI ISCRITTI AL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE NELLA REGIONE SICILIA ex  
art. 9 comma 1 D.L. 14/12/18 n. 135 , convertito con modificazioni dalla L.11/02/19 n. 12)

**Marca da Bollo  
€ 16,00**

All'Assessorato Regionale della Salute  
Dipartimento Regionale per la  
Pianificazione Strategica  
Servizio 1 "Personale del S.S.R. –  
Dipendente e Convenzionato"  
P.zza O. Ziino n.24  
90145 – PALERMO

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
P. E. C. (obbligatoria) \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA**

secondo quanto previsto dall'art. 72 comma 3 lett. e) dell' Accordo Collettivo Nazionale dei medici  
di medicina generale 04/04/2024, per l'assegnazione di uno dei seguenti incarichi vacanti di  
medicina penitenziaria individuati al 1° marzo 2025, pubblicati sulla G.U.R.S. n. \_\_\_\_\_  
del \_\_\_\_\_:

Casa Circondariale _____	ASP _____
Casa Circondariale _____	ASP _____
Casa Circondariale _____	ASP _____
Casa Circondariale _____	ASP _____
Casa Circondariale _____	ASP _____
Casa Circondariale _____	ASP _____

**ACCLUDE**

- ☐ Autocertificazione (all."E1");
- ☐ Copia fotostatica di un documento di identità

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**

di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_;

di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;

di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_;

di essere iscritto all'Ordine dei Medici della provincia di \_\_\_\_\_;

di essere iscritto al corso di formazione in medicina generale nella Regione Sicilia nel triennio \_\_\_\_\_ e di frequentare il:

- ☐ primo anno
- ☐ secondo anno
- ☐ terzo anno

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

Data \_\_\_\_\_

Firma(2)(3) \_\_\_\_\_

(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.

(3) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI  
VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE**

(MEDICI ISCRITTI AL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE NELLA REGIONE SICILIA ex  
art.12 comma 3 D.L. 30/04/19 n. 35 (c.d. Decreto Calabria), convertito con L. 25/06/19 n. 60)

**Marca da Bollo  
€ 16,00**

All'Assessorato Regionale della Salute  
Dipartimento Regionale per la  
Pianificazione Strategica  
Servizio 1 "Personale del S.S.R. –  
Dipendente e Convenzionato"  
P.zza O. Ziino n.24  
90145 – PALERMO

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
P. E. C. (obbligatoria) \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA**

secondo quanto previsto dall'art. 72 comma 3 lett. f) dell' Accordo Collettivo Nazionale dei medici  
di medicina generale 04/04/2024, per l'assegnazione di uno dei seguenti incarichi vacanti di  
medicina penitenziaria individuati al 1° marzo 2025, pubblicati sulla G.U.R.S. n. \_\_\_\_\_  
del \_\_\_\_\_:

Casa Circondariale _____	ASP _____
Casa Circondariale _____	ASP _____
Casa Circondariale _____	ASP _____
Casa Circondariale _____	ASP _____
Casa Circondariale _____	ASP _____
Casa Circondariale _____	ASP _____

**ACCLUDE**

- ☐ Autocertificazione (all."F1");
- ☐ Copia fotostatica di un documento di identità

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 in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_
- c) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_
- d) di essere iscritto all'Ordine dei Medici della provincia di \_\_\_\_\_
- e) di essere iscritto al corso di formazione in medicina generale nella Regione Sicilia, ai sensi di quanto previsto dall'art. 12 D.L. n. 35/19 (c.d. Decreto Calabria), convertito con L. 60/19 nel triennio \_\_\_\_\_

- ☐ primo anno
- ☐ secondo anno
- ☐ terzo anno

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

Data \_\_\_\_\_

Firma(2)(3) \_\_\_\_\_

(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.

(3) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_

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

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 a tempo indeterminato di incarico di medicina penitenziaria presso la Regione \_\_\_\_\_ Azienda di \_\_\_\_\_ Postazione \_\_\_\_\_ ;
- 2) essere / non essere titolare a tempo determinato di incarico di medicina penitenziaria presso la Regione \_\_\_\_\_ Azienda di \_\_\_\_\_ Postazione \_\_\_\_\_ ;
- 3) essere / non essere titolare di incarico come medico di assistenza primaria presso l'Azienda di \_\_\_\_\_ ambito territoriale di \_\_\_\_\_ n. scelte \_\_\_\_\_ ;
- 4) essere / non essere titolare di incarico come medico specialista pediatra di libera scelta presso l'Azienda di \_\_\_\_\_ ambito territoriale di \_\_\_\_\_ n. scelte \_\_\_\_\_ ;
- 5) essere / non essere titolare di incarico a tempo determinato o indeterminato di continuità assistenziale nella Regione \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ Presidio \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ ;
- 6) 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 \_\_\_\_\_
- 7) 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. \_\_\_\_\_ ;
- 8) essere / non essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti accreditati esterni o di avere / non avere un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 c. 5 D.L.vo n. 502/92:  
Provincia \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ ;
- 9) essere / non essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 o a corsi di specializzazione di cui al D.L.vo 257/91 e corrispondenti norme del D.L.vo 368/99:  
Denominazione del corso \_\_\_\_\_  
Soggetto che lo svolge \_\_\_\_\_ inizio dal \_\_\_\_\_ ;
- 10) 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 –quinqies del D.L.vo n.502/92 e successive modificazioni:  
Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
Tipo di attività \_\_\_\_\_ Tipo di lavoro \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ ;

- 11) svolgere – non svolgere funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della L.626/93:  
Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- 12) svolgere – non svolgere per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito del quale può acquisire scelte:  
Azienda \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- 13) avere – non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:  
\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- 14) 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 \_\_\_\_\_;
- 15) 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 \_\_\_\_\_;
- 16) svolgere / non svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate:  
tipo di attività \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- 17) essere / non essere titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate  
Azienda \_\_\_\_\_ tipo di attività \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- 18) 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 \_\_\_\_\_;
- 19) essere / non essere titolare di trattamento di pensione:  
\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- 20) fruire / non fruire di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al precedente punto 15):  
soggetto erogante il trattamento pensionistico \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_.

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1) (2)

Data \_\_\_\_\_

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

- (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) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.
- (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.