



IN ESECUZIONE DELLA DETERMINA NUMERO 412 DEL 07/06/2012

AVVISO PUBBLICO

PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI RELATIVI ALL'ESPLETAMENTO DEL SERVIZIO DI GUARDIA MEDICA TURISTICA, NEL PERIODO 01/07/2012 – 26/08/2012, NEI COMUNI DI PORTO SAN GIORGIO – PORTO SANT'ELPIDIO DELLA AREA VASTA n. 4 DI FERMO

SI RENDE NOTO

Che questa Area Vasta n. 4 procederà al conferimento di incarichi a termine per l'espletamento del Servizio Stagionale di assistenza Sanitaria agli assistiti non residenti, a decorrere dal 01/07/2012 al 26/08/2012 presso le postazioni situate nei Comuni di Porto Sant'Elpidio e Porto San Giorgio della Area Vasta medesima.

I medici interessati saranno graduati secondo quanto stabilito dall'art. 70 A.C.N. MMG del 27.07.2009 dalla circolare regionale prot. n. 118060/SOP/AA del 01/06/2006 e dal Nuovo Accordo Integrativo regionale per la Medicina Generale (Norma Finale 9) , come di seguito specificato:

1	Medici iscritti nella graduatoria Regione Marche (art. 15,c.12) - non iscritti a scuole di specializzazione/ corso di formazione specifica in M.G. (norma fin. 9 c. 2)	residenti nella Area Vasta che dovrà conferire l'incarico	graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale (art. 16 ACN 23.03.2005).
		residenti nella Regione Marche	graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale (art. 16 ACN 23.03.2005).
		residenti fuori Regione	graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale (art. 16 ACN 23.03.2005).
2	Medici in possesso del Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale (art. 15,c.12 – norma trans. 4) - non iscritti a scuole di specializzazione (norma fin. 9 c. 4)	residenti nella Area Vasta che dovrà conferire l'incarico (lett.a)	graduati secondo: 1 minore età al momento del conseguimento laurea 2 voto di laurea 3 anzianità di laurea
		residenti nella Regione Marche (lett.b)	graduati secondo: 1 minore età al momento del conseguimento laurea 2 voto di laurea 3 anzianità di laurea

3	Medici in possesso del titolo di abilitazione alla data del 31/12/1994 - non iscritti a scuole di specializzazione/ corso di formazione specifica in M.G. (norma fin. 9 c. 4)	residenti nella Area Vasta che dovrà conferire l'incarico (lett.c)	graduati secondo: 1 minore età al momento del conseguimento laurea 2 voto di laurea 3 anzianità di laurea
		residenti nella Regione Marche (lett.d)	graduati secondo: 1 minore età al momento del conseguimento laurea 2 voto di laurea 3 anzianità di laurea
4	Medici in possesso del titolo di abilitazione successivamente alla data del 31/12/1994 (norma finale 5) - non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in M.G. (norma fin. 9 c. 4)	residenti nella Area Vasta che dovrà conferire l'incarico (lett.e)	graduati secondo criteri previsti dall'art. 16 dell'ACN per la redazione della graduatoria reg.le degli aspiranti al convenzionamento.
		residenti nella Regione Marche (lett.f)	graduati secondo criteri previsti dall'art. 16 dell'ACN per la redazione della graduatoria reg.le degli aspiranti al convenzionamento
5a	Medici iscritti corso di formazione specifica in M.G. - non titolari di rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato (norma fin. 9 c. 4)	residenti nella Area Vasta che dovrà conferire l'incarico (lett.g)	graduati secondo: 1 minore età al momento del conseguimento laurea 2 voto di laurea 3 anzianità di laurea
		residenti nella Regione Marche (lett.h)	graduati secondo: 1 minore età al momento del conseguimento laurea 2 voto di laurea 3 anzianità di laurea
5b	Medici iscritti a scuole di specializzazione universitarie - non titolari di rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato (norma fin. 9 c. 4)	residenti nella Area Vasta che dovrà conferire l'incarico (lett.i)	graduati secondo: 1 minore età al momento del conseguimento laurea 2 voto di laurea 3 anzianità di laurea
		residenti nella Regione Marche (lett.j)	graduati secondo: 1 minore età al momento del conseguimento laurea 2 voto di laurea 3 anzianità di laurea

6	Medici residenti fuori regione - non iscritti a scuole di specializzazioni /corso di formazione specifica in M.G. (norma fin. 9 c. 4)	Graduati secondo l'ordine sopra utilizzato e con i criteri previsti nelle rispettive categorie, con priorità per i residenti nelle Regioni limitrofe. (lett.k)
---	---	---

Le attività non espressamente previste all'art.16 dell' ACN MG 08/07/2010 non possono e non verranno valutate così come non saranno valutate le attività di servizio eventualmente svolte durante i periodi formativi.

N.B. per tutte le categorie deve essere data priorità ai medici che non detengono alcun rapporto di lavoro pubblico o privato.

I titoli accademici , di studio e di servizio possono essere prodotti:

- a) in originale o copia autenticata ai sensi di legge;
- b) per i titoli accademici e di studio, dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell'art. 46 del DPR n. 445/2000 (allegato C alla domanda);
- c) per i titoli di servizio, dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445/2000(allegato D alla domanda), ovvero fotocopie semplici unitamente alla dichiarazione sostitutiva di notorietà con cui si attesta che le stesse sono conformi all'originale (allegato E alla domanda)

La dichiarazione sostitutiva di cui al punto E) (se non sottoscritta in presenza del funzionario ricevente, deve essere spedita unitamente **a fotocopia di un documento d'identità in corso di validità.**

Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere.

Ai fini del calcolo dei punteggi relativi ai titoli di servizio tutte le frazioni di mese dell'anno sono sommate. L'eventuale residuo pari ad una frazione superiore a 15 gg è valutato come mese intero.

Relativamente al servizio di ex guardia medica e continuità assistenziale, alla medicina dei servizi e alla emergenza sanitaria territoriale, per frazione di mese da valutare come mese intero si intende un numero complessivo di ore di attività superiore a 48.

I titoli di servizio non sono cumulabili se riferiti ad attività svolte nello stesso periodo. In tal caso è valutato il titolo che comporta il punteggio più alto.

Non sono valutabili attività che non siano espressamente previste ed elencate dall'art.16 ACN.

I medici interpellati per il conferimento dell'incarico, che rifiutino l'assegnazione dei turni, verranno d'ufficio cancellati dalla graduatoria

I medici che accettano l'incarico sono tenuti a svolgere i turni assegnati, pena la decadenza dall'incarico e la cancellazione dalla graduatoria. Nel caso in cui i medici suddetti siano impossibilitati ad effettuare personalmente i turni, per documentati motivi da comunicare tempestivamente all' Area Vasta, quest'ultima provvederà alla riassegnazione dei turni stessi.

I medici incaricati, dei quali sia accertata una posizione di incompatibilità ai sensi dell'art. 17 dell'ACN, decadranno dall'incarico e verranno cancellati dalla graduatoria.

In ogni caso di cessazione dell'incarico: per rinuncia, decadenza ed altro, l'Amministrazione ha la facoltà di fare ricorso allo scorrimento della graduatoria.

Nel caso invece di temporanea indisponibilità da parte del medico incaricato alla copertura dei turni assegnati, l'Amministrazione procederà alla ridistribuzione degli stessi agli altri medici incaricati.

Le quote dovranno essere versate dal medico all'Area Vasta che poi provvederà a rendere al medico di guardia turistica il 50% delle quote versate; il medico di continuità assistenziale per le prestazioni effettuate nelle ore notturne tratterà l'intero importo.

Gli aspiranti dovranno presentare **domanda** redatta esclusivamente secondo il modello che si allega al presente avviso (che è acquisibile anche c/o l' Area Vasta n.4 U.O.S. Gestione Personale Medico Convenzionato tel. 0734 6252008) al seguente indirizzo:

**Al Direttore A.S.U.R. – AREA VASTA n. 4
VIA ZEPELLI 18 63900 FERMO**

Le domande dovranno pervenire perentoriamente entro e non oltre il 22 Giugno 2012 (15° giorno dalla data di pubblicazione del presente Avviso all'Albo Pretorio on- line di questa Area Vasta n. 4 di Fermo rinvenibile al sito www.asurzona11.marche.it), pena l'esclusione dalla graduatoria.

Non si prenderanno in considerazione domande non redatte secondo il fac-simile allegato, non firmate, non debitamente compilate e non pervenute entro il termine sopra indicato.

I candidati dovranno inviare, insieme alla domanda, anche la fotocopia di un valido documento di riconoscimento ed eventualmente copia del permesso di soggiorno o di qualsiasi altro documento valido dal quale si possa accertare la regolare presenza in Italia del candidato.

Per ulteriori informazioni telefonare al n. 0734 6252008.

La graduatoria sarà pubblicata sul sito ufficiale dell'Area Vasta n. 4 di Fermo.

L' Area Vasta si riserva la facoltà di prorogare, modificare, sospendere o revocare il presente avviso.

**Il Direttore Area Vasta 4 Fermo
F.to Dott. Gianni Genga**

DOMANDA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TERMINE NEL SERVIZIO DI
GUARDIA MEDICA TURISTICA PRESSO L'AREA VASTA n. 4 DI FERMO ANNO 2012
PERIODO 1/7/2012 – 26/8/2012

**AL DIRETTORE DELLA ZONA TERRITORIALE N.11
VIA ZEPELLI 18 63023 FERMO**

Il/La sottoscritto/a Dott.

Nato a _____ il _____ residente a _____
_____ prov. _____, indirizzo _____

Cap _____, tel. _____ codice fiscale _____

Chiede

di essere inserito nella graduatoria per il conferimento di incarichi provvisori nel servizio di Guardia Medica Turistica, per il periodo 01.07.2012 – 26.08.2012 presso l'Area Vasta n.4 di Fermo. A tal fine, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28.12.2000, dichiara sotto la propria personale responsabilità di appartenere alla categoria di cui al punto: (**barrare con una crocetta la categoria di appartenenza**)

- ☐ 1) Medici iscritti nella graduatoria Regione Marche (art.15 c.12 A.C.N.) - non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in M.G. (norma finale 9 c.2 AIR).
- ☐ 2) Medici in possesso del Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale(art.15 c.12-norma trans. 4 ACN) – non iscritti a scuole di specializzazione (norma fin.9 c.4 AIR)
- ☐ 3) Medici in possesso del titolo di abilitazione alla data del 31/12/1994 - non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in M.G. (norma finale 9 c.4 AIR).
- ☐ 4) Medici in possesso del titolo di abilitazione successivamente alla data del 31/12/1994 (norma fin. 5 ACN) - non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in M.G. (norma finale 9 c.4 AIR).
- ☐ 5a) Medici iscritti a corso di formazione specifica in M.G. anno _____ non titolari di rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato.

- ☐ **5b) Medici iscritti a scuole di specializzazione universitarie anno _____ non titolari di rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato.**
- ☐ **6) Medici residenti fuori regione - non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in M.G. (norma finale 9 c.4 AIR).**

DICHIARA INOLTRE:

- **di non trovarsi in posizione di incompatibilità ai sensi dell'art. 17, co. 1, lett. a)b)c)d)e) e co. 2 lett. a)b)c)d)f) ACN;**
- **di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. 196/06 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.**

In fede

Data _____

Firma (per
esteso) _____

Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(Art. 46 DPR n. 445 del 28.12.2000)

Il sottoscritto Dr. _____
consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28.12.2000

dichiara di essere in possesso di

Diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università di _____
in data _____ con voto _____/110

Abilitazione all'esercizio professionale conseguita presso l'Università di _____

In data _____

Iscrizione all'Ordine dei Medici di _____ da _____

Specializzazione o libera docenza in Medicina Generale o discipline equipollenti

- a) _____ conseguita presso l'Università di _____
in data _____
- b) _____ conseguita presso l'Università di _____
in data _____

Specializzazione o libera docenza in discipline affini alla medicina generale:

- a) _____ conseguita presso l'Università di _____
in data _____
- b) _____ conseguita presso l'Università di _____
in data _____

Attestato di formazione in medicina generale (D. Lgs. N. 256/91, 368/99, 277/03)

Conseguito il _____ presso _____

Data inizio corso _____ data fine corso _____

Data _____

Firma dichiarante _____

Informativa art. 13 D.lgs. n. 196 del 30 Giugno 2003

Tutti i dati forniti con la presente dichiarazione saranno trattati dall'ASUR – Area Vasta n. 4 di Fermo per l'istruzione del procedimento amministrativo. Il trattamento dei dati personali avverrà mediante strumenti manuali ed informatici con logiche strettamente correlate alle finalità stesse. Il trattamento è obbligatorio per l'emanazione del provvedimento finale, che non sarà reso possibile da un eventuale rifiuto di rispondere. I Suoi dati personali potranno essere comunicati ad altre pubbliche amministrazioni. Titolare del trattamento è l'ASUR – Area Vasta n. 4 di Fermo – Sede legale: Via Zeppilli n. 18 – 63900 Fermo. Al Titolare del trattamento Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti così come previsti dall'articolo 7 del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003.

.....
(luogo e data)

IL DICHIARANTE

.....

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le certificazioni di cui all'art. 46 del D.P.R. AN. 445/2000 e s.m.i.

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(Art. 47 DPR n. 445 del 28.12.2000)

TITOLI DI SERVIZIO ED ATTIVITA' SVOLTA

Il sottoscritto Dr. _____
consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28.12.2000

dichiara
di essere in possesso dei seguenti titoli di servizio:

- 1 Medico di assistenza primaria convenzionato (compresa attività svolta in qualità di associato) nell'ambito della Regione Marche:

dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT _____

- 1a Medico di assistenza primaria convenzionato compresa attività svolta in qualità di associato:

dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT _____

- 1b Attività di sostituzione del medico di assistenza primaria convenzionato solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi:

dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT _____

2. Attività di sostituzione del medico di assistenza primaria convenzionato solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti dovuta ad attività sindacale e sostituzioni d'ufficio anche se di durata inferiore a 5 gg :

dal ___/___/___ al ___/___/___ ASL / Medico _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ ASL / Medico _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ ASL / Medico _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ ASL / Medico _____

- 2.a Stessa attività di cui al punto precedente effettuata su base oraria:

dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ ASL _____ Medico _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ ASL _____ Medico _____

3. Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione, di continuità assistenziale in forma attiva:

Anno _____ **Azienda Sanitaria Locale** _____
Gennaio dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ Luglio dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____
Febbraio dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ Agosto dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____
Marzo dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ Settembre dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____
Aprile dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ Ottobre dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____
Maggio dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ Novembre dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____
Giugno dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ Dicembre dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____

Anno _____ **Azienda Sanitaria Locale** _____

Gennaio	dal	__/__/__	al	__/__/__	ore	_____	Luglio	dal	__/__/__	al	__/__/__	ore	_____
Febbraio	dal	__/__/__	al	__/__/__	ore	_____	Agosto	dal	__/__/__	al	__/__/__	ore	_____
Marzo	dal	__/__/__	al	__/__/__	ore	_____	Settembre	dal	__/__/__	al	__/__/__	ore	_____
Aprile	dal	__/__/__	al	__/__/__	ore	_____	Ottobre	dal	__/__/__	al	__/__/__	ore	_____
Maggio	dal	__/__/__	al	__/__/__	ore	_____	Novembre	dal	__/__/__	al	__/__/__	ore	_____
Giugno	dal	__/__/__	al	__/__/__	ore	_____	Dicembre	dal	__/__/__	al	__/__/__	ore	_____

Anno _____ Azienda Sanitaria Locale _____

Gennaio	dal	__/__/__	al	__/__/__	ore	_____	Luglio	dal	__/__/__	al	__/__/__	ore	_____
Febbraio	dal	__/__/__	al	__/__/__	ore	_____	Agosto	dal	__/__/__	al	__/__/__	ore	_____
Marzo	dal	__/__/__	al	__/__/__	ore	_____	Settembre	dal	__/__/__	al	__/__/__	ore	_____
Aprile	dal	__/__/__	al	__/__/__	ore	_____	Ottobre	dal	__/__/__	al	__/__/__	ore	_____
Maggio	dal	__/__/__	al	__/__/__	ore	_____	Novembre	dal	__/__/__	al	__/__/__	ore	_____
Giugno	dal	__/__/__	al	__/__/__	ore	_____	Dicembre	dal	__/__/__	al	__/__/__	ore	_____

N.B. Occorre indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio.

3.a) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato, di sostituzione nella medicina dei servizi:

dal	__/__/__	al	__/__/__	ore	_____	ASL / ZT	_____
dal	__/__/__	al	__/__/__	ore	_____	ASL / ZT	_____
dal	__/__/__	al	__/__/__	ore	_____	ASL / ZT	_____
dal	__/__/__	al	__/__/__	ore	_____	ASL / ZT	_____

3.b) Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate:

dal	__/__/__	al	__/__/__	ore	_____	ASL / ZT	_____
dal	__/__/__	al	__/__/__	ore	_____	ASL / ZT	_____

3.c) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato, di sostituzione nella emergenza sanitaria territoriale:

dal	__/__/__	al	__/__/__	ASL / ZT	_____
dal	__/__/__	al	__/__/__	ASL / ZT	_____
dal	__/__/__	al	__/__/__	ASL / ZT	_____
dal	__/__/__	al	__/__/__	ASL / ZT	_____

1. Attività programmata nei servizi territoriali, di continuità assistenziale, o di emergenza sanitaria territoriale in forma di reperibilità:

dal	__/__/__	al	__/__/__	ore	_____	ASL / ZT	_____
dal	__/__/__	al	__/__/__	ore	_____	ASL / ZT	_____

2. Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende:

dal	__/__/__	al	__/__/__	ASL / ZT	_____
dal	__/__/__	al	__/__/__	ASL / ZT	_____
dal	__/__/__	al	__/__/__	ASL / ZT	_____
dal	__/__/__	al	__/__/__	ASL / ZT	_____

3. Attività, anche in forma di sostituzione, di medico pediatra di libera scelta, se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi:

dal	__/__/__	al	__/__/__	ASL / ZT	_____
dal	__/__/__	al	__/__/__	ASL / ZT	_____
dal	__/__/__	al	__/__/__	ASL / ZT	_____
dal	__/__/__	al	__/__/__	ASL / ZT	_____

4. Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina (*):

dal __/__/__ al __/__/__ presso _____
dal __/__/__ al __/__/__ presso _____

(*) occorre presentare idonea documentazione

5. Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto in concomitanza con incarichi di medicina generale (*):

dal __/__/__ al __/__/__ presso _____
dal __/__/__ al __/__/__ presso _____

(*) occorre presentare idonea documentazione

6. Servizio militare di leva, o sostitutivo nel servizio civile, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina, anche in qualità di Ufficiale Medico di complemento:

dal __/__/__ al __/__/__ presso _____

- 9.a Servizio militare di leva, o sostitutivo nel servizio civile, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina, anche in qualità di Ufficiale Medico di complemento ed in concomitanza di incarico, anche provvisorio, di medicina generale, limitatamente al periodo di concomitanza: :

dal __/__/__ al __/__/__ presso _____

7. Attività come medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna e medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici, medico generico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato con il Ministero della sanità per il servizio di assistenza sanitaria ai naviganti:

dal __/__/__ al __/__/__ presso _____
dal __/__/__ al __/__/__ presso _____

11. Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria nelle carceri, sia a tempo indeterminato che di sostituzione e di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo (*):

dal __/__/__ al __/__/__ presso _____
dal __/__/__ al __/__/__ presso _____

(*) occorre presentare idonea documentazione

12. Servizio prestato presso aziende termali (Legge 24 ottobre 2000 n.323 art. 8), equiparato all'attività di continuità assistenziale (*):

dal __/__/__ al __/__/__ presso _____
dal __/__/__ al __/__/__ presso _____

(*) occorre presentare idonea documentazione

13. Servizio effettivo di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale, di emergenza territoriale, svolto in Paesi dell'Unione Europea, ai sensi della legge 9 febbraio 1979 n.38, della legge 10 luglio 1960 n. 735 e successive modificazioni ed integrazioni e del D. M. 1.10.1988 n.430:

dal __/__/__ al __/__/__ presso _____

dal __/__/__ al __/__/__ presso _____

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

Data _____ Firma del dichiarante (2) _____

- (1) Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del DPR 445/2000)
- (2) Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, del documento d'identità del dichiarante.

Informativa art. 13 D.lgs. n. 196 del 30 Giugno 2003

Tutti i dati forniti con la presente dichiarazione saranno trattati dall'ASUR – Area Vasta n. 4 di Fermo per l'istruzione del procedimento amministrativo. Il trattamento dei dati personali avverrà mediante strumenti manuali ed informatici con logiche strettamente correlate alle finalità stesse. Il trattamento è obbligatorio per l'emanazione del provvedimento finale, che non sarà reso possibile da un eventuale rifiuto di rispondere. I Suoi dati personali potranno essere comunicati ad altre pubbliche amministrazioni. Titolare del trattamento è l'ASUR – Area Vasta n. 4 di Fermo – Sede legale: Via Zeppilli n. 18 – 63900 Fermo. Al Titolare del trattamento Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti così come previsti dall'articolo 7 del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003.

.....
(luogo e data)

IL DICHIARANTE

.....
Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445/2000 la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione in quanto:

- Inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'Ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta;

OPPURE

- La dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto.

Estremi documento di riconoscimento(o attestazione conoscenza personale)

.....

.....
(firma del dipendente)

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(art. 47 DPR n. 445 del 28/12/2000)**

In riferimento alla domanda per il conferimento di incarichi provvisori di Continuità Assistenziale a valere per il periodo 1.4.2012-30.9.2012

Il sottoscritto Dr. _____ nato a _____ il _____

residente a _____ via _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000

DICHIARA

Che le **fotocopie** dei titoli allegati e sottoelencati, sono conformi agli originali in possesso del sottoscritto:

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |

Data _____

Firma _____

La firma non è soggetta ad autenticazione se apposta in presenza del dipendente competente a ricevere la documentazione. Nel caso in cui la domanda venga spedita dovrà essere allegata copia fotostatica di documento di identità in corso di validità del sottoscrittore. La mancanza di sottoscrizione comporta la nullità della dichiarazione sostitutiva. (Si suggerisce, onde evitare eventuali disguidi, di firmare e numerare le fotocopie allegate).

AREA VASTA 4

Ai sensi dell'art. 21 DPR 445/2000 io sottoscritto _____, certifico che la suddetta dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal dichiarante, della cui identità mi sono accertato a mezzo di _____ (estremi documento).

Data _____

Firma _____