ALLEGATO – DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER IL PROGETTO AZIENDALE DEGLI AMBULATORI STRAORDINARI DI COMUNITÀ TERRITORIALE (ASCoT)

Oggetto: Domanda di partecipazione alla manifestazione di interesse finalizzata all'inserimento nell'Elenco aziendale di disponibilità per lo svolgimento di attività presso gli Ambulatori Straordinari di Comunità Territoriale (ASCoT).

DATI DEL RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

Codice fiscale _____

residente in _____ CAP _____ Provincia _____

via/piazza _____ n. _____

telefono _____ e-mail _____

PEC _____

---

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del medesimo decreto in caso di dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dagli eventuali benefici conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi dell'art. 75 del medesimo decreto,

DICHIARA

REQUISITI PROFESSIONALI

- di essere in possesso della laurea in Medicina e Chirurgia, conseguita presso l'Università degli Studi di _____ il _____;
- di essere abilitato/a all'esercizio della professione medica;
- di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di _____, al n. _____, dal _____;
- di essere in possesso dei requisiti richiesti dall'Avviso pubblico per la categoria professionale per la quale presenta domanda.

CATEGORIA PROFESSIONALE

Il/La sottoscritto/a chiede di partecipare alla manifestazione di interesse in qualità di:

☐ A) Medico titolare effettivo di incarico di Continuità Assistenziale presso l'ASL n. 3 di Nuoro

Dichiara:

- di essere titolare di incarico di Continuità Assistenziale presso l'ASL n. 3 di Nuoro;
- che l'incarico è: ☐ a tempo indeterminato ☐ a tempo determinato;
- sede di servizio: _____;
- tipologia di incarico/convenzione: _____;
- impegno orario previsto: _____ ore settimanali;
- decorrenza e scadenza dell'incarico, ove applicabile: _____.

Dichiara inoltre di impegnarsi a garantire almeno il 70% dei turni di Continuità Assistenziale dichiarati come disponibili e successivamente programmati e assegnati dall'Azienda, comunicando tempestivamente eventuali variazioni o impedimenti sopravvenuti, secondo le modalità previste dall'Avviso.

☐ B) Medico che svolge turni occasionali di Continuità Assistenziale presso l'ASL n. 3 di Nuoro

Dichiara:

- di svolgere turni occasionali di Continuità Assistenziale presso la/le sede/i di _____;
- di impegnarsi ad aggiornare mensilmente la dichiarazione relativa alla permanenza dei turni e alla propria disponibilità;
- di garantire la disponibilità dichiarata per lo svolgimento dei turni occasionali, in relazione alle esigenze organizzative e assistenziali aziendali e secondo le condizioni previste dall'Avviso.

Disponibilità media mensile per turni occasionali di Continuità Assistenziale:

☐ Oltre 20 e fino a 30 ore mensili

☐ Oltre 10 e fino a 20 ore mensili

☐ Fino a 10 ore mensili

Eventuale disponibilità media mensile in ore: _____

Impegno orario medio settimanale: _____ ore.

Eventuale condizione di medico in formazione:

☐ Medico iscritto a scuola di specializzazione in _____

Università _____ anno di corso _____

☐ Medico iscritto al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale presso _____

Anno di corso _____

☐ Non ricorre alcuna delle precedenti condizioni.

Il/La sottoscritto/a dichiara, ove pertinente, di allegare la documentazione prevista dall'Avviso ai fini della verifica della compatibilità dell'attività con il percorso formativo e con gli obblighi derivanti dal contratto di formazione.

☐ C) Dirigente medico dipendente del SSR in servizio presso l'ASL n. 3 di Nuoro

Dichiara:

- di essere dipendente dell'ASL n. 3 di Nuoro;
- di essere titolare di rapporto di lavoro: ☐ a tempo indeterminato ☐ a tempo determinato;
- di prestare servizio presso la struttura/Unità operativa _____;
- di ricoprire il profilo di _____.

Dichiara inoltre:

- di essere consapevole che l'attività ASCoT è subordinata alla preventiva autorizzazione aziendale, ove prevista, quale prestazione aggiuntiva, nel rispetto della normativa vigente, del CCNL e degli accordi aziendali applicabili;
- di impegnarsi a garantire turnazioni ASCoT compatibili con il servizio istituzionale, nel rispetto degli orari autorizzati e dei limiti di orario e riposo applicabili.

☐ D) Medico chirurgo collocato in quiescenza

Dichiara:

- di essere collocato/a in quiescenza dal _____;
- di aver prestato servizio presso _____;
- di aver ricoperto il ruolo/profilo di _____;
- di essere in possesso dei requisiti professionali previsti dall'Avviso.

☐ E) Medico di Medicina Generale convenzionato con l'ASL n. 3 di Nuoro

Dichiara di essere:

☐ Medico di Medicina Generale convenzionato con l'ASL n. 3 di Nuoro.

Sede di attività convenzionale: _____.

Dichiara di richiedere lo svolgimento di attività ASCoT per un massimo di **5 ore settimanali**, nel rispetto degli obblighi convenzionali e delle condizioni previste dall'Avviso.

POSIZIONE FISCALE E COPERTURA ASSICURATIVA

Da compilare ove pertinente alla categoria e alla forma di conferimento dell'incarico.

Il/La sottoscritto/a dichiara:

☐ di essere titolare di partita IVA n. _____;

☐ di impegnarsi, ove necessario, a munirsi di partita IVA prima dell'avvio dell'attività professionale, nel rispetto della normativa fiscale applicabile;

☐ di impegnarsi a emettere fattura elettronica per le prestazioni rese, secondo le modalità e le procedure aziendali previste;

☐ di essere in possesso di idonea copertura assicurativa per la responsabilità professionale e, ove richiesta, per gli infortuni, secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dall'Avviso;

☐ di essere consapevole che l'eventuale imposta di bollo sulla fattura è a proprio carico nei casi previsti dalla normativa vigente.

DICHIARAZIONI RELATIVE AL POSSESSO E AL MANTENIMENTO DEI REQUISITI

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara:

- di essere in possesso della cittadinanza italiana oppure di appartenere a uno degli Stati membri dell'Unione europea, o di rientrare nelle ulteriori condizioni di accesso eventualmente previste dalla normativa vigente, nel rispetto dell'art. 3 del D.P.C.M. n. 174/1994 e dell'art. 7 della Legge n. 97/2013, ove applicabili;
- di godere dei diritti civili e politici e di non essere stato/a escluso/a dall'elettorato politico attivo, nei casi previsti dalla normativa vigente;
- di non aver riportato condanne penali ovvero, in caso contrario, di indicare le condanne riportate: _____;
- di non essere cessato/a da un impiego presso una pubblica amministrazione per aver conseguito il medesimo mediante la produzione di documenti falsi o viziati da invalidità non sanabile;
- di non trovarsi in situazioni di incompatibilità o di conflitto di interessi, anche potenziale, con l'ASL n. 3 di Nuoro, rilevanti ai sensi della Legge 6 novembre 2012, n. 190 e della normativa vigente in materia, impegnandosi a comunicare tempestivamente ogni situazione sopravvenuta che possa incidere sul corretto svolgimento dell'incarico;
- di essere in possesso, alla data di presentazione della domanda, dei requisiti professionali richiesti per la categoria di appartenenza, inclusi il titolo di studio, l'abilitazione all'esercizio della professione medica e l'iscrizione all'Albo professionale, ove previsti;
- di essere in possesso di idonea copertura assicurativa per la responsabilità professionale e, ove richiesta, per gli infortuni, nonché della partita IVA, ove necessaria in relazione alla natura dell'incarico e al regime fiscale applicabile, impegnandosi a provvedere agli eventuali adempimenti prima dell'avvio dell'attività;
- di possedere e mantenere, per tutta la durata dell'eventuale incarico, i requisiti anagrafici e professionali previsti dalla normativa vigente, dagli Accordi Collettivi Nazionali e dagli altri atti regolatori applicabili, in relazione alla specifica categoria professionale di appartenenza

e alla tipologia di incarico conferito, fatte salve le deroghe, le proroghe e le eccezioni espressamente previste dalla normativa vigente;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ASL n. 3 di Nuoro ogni variazione relativa ai requisiti dichiarati, alla propria posizione anagrafica e professionale, agli incarichi ricoperti, alle condizioni di compatibilità, alla copertura assicurativa, alla posizione fiscale e alle disponibilità rese, qualora tale variazione sia rilevante ai fini della partecipazione alla procedura o del mantenimento dell'incarico;
- di essere consapevole che la perdita, la modifica o il mancato mantenimento dei requisiti richiesti può comportare, previa verifica da parte dell'Azienda e nel rispetto della normativa applicabile, l'esclusione dalla procedura, la cancellazione dall'Elenco aziendale di disponibilità o la cessazione dell'incarico, ove ne ricorrano i presupposti.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere consapevole che il possesso e il mantenimento dei requisiti saranno verificati dall'Azienda in relazione alla categoria professionale dichiarata e alle condizioni previste dall'Avviso pubblico.

DICHIARA altresì:

- di conoscere e accettare il Progetto aziendale ASCoT e le disposizioni contenute nell'Avviso pubblico;
- di impegnarsi a rispettare sedi, orari, turnazioni, istruzioni aziendali, obblighi di registrazione delle presenze e delle prestazioni, nonché i limiti di orario e riposo applicabili;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione dei requisiti dichiarati, degli incarichi ricoperti, delle disponibilità rese e delle attività professionali svolte;
- di impegnarsi a rispettare le procedure aziendali relative alla rendicontazione delle prestazioni e agli adempimenti amministrativi e contabili.
- di essere consapevole che l'inserimento nell'Elenco aziendale di disponibilità non determina automaticamente il conferimento dell'incarico, che resta subordinato alla verifica dei requisiti, alle esigenze assistenziali e organizzative aziendali e alle condizioni previste dall'Avviso.

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

Il/La sottoscritto/a allega, barrando i documenti effettivamente presentati:

☐ Curriculum vitae aggiornato e sottoscritto;

☐ Copia di documento di identità in corso di validità;

☐ Copia del codice fiscale o tessera sanitaria;

☐ Documentazione relativa all'incarico/convenzione di Continuità Assistenziale, ove pertinente;

☐ Dichiarazione di disponibilità allo svolgimento dell'attività ASCoT, prevista come documento separato;

☐ Documentazione relativa alla formazione specialistica o al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, ove pertinente;

☐ Autorizzazione aziendale allo svolgimento di prestazioni aggiuntive, ove richiesta;

☐ Documentazione relativa alla posizione fiscale e alla copertura assicurativa, ove richiesta;

☐ Ulteriore documentazione: _____.

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali per le finalità connesse alla procedura, alla gestione dell'elenco degli idonei, al conferimento dell'incarico, alla rendicontazione e agli adempimenti di legge, ai sensi del regolamento UE 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Luogo e data _____

Firma _____