



REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE

DELLA REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Cagliari, giovedì 27 marzo 2025

Parte I e II

DIREZIONE, REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE: Presidenza della Regione – Viale Trento, 69 - 09123 CAGLIARI
Tel. 070 6061 – Sito Internet: <https://buras.regione.sardegna.it/> – e-mail: pres.buras@regione.sardegna.it



Collezione cartografica della Biblioteca del Consiglio regionale

Carta geografica dell'isola di Sardegna

SUPPLEMENTO STRAORDINARIO N. 48 AL BOLLETTINO N. 17

Assessorato Igiene e sanità e dell'assistenza sociale

Direzione generale della sanità

Incarichi vacanti dei medici del ruolo unico di Assistenza primaria – anno 2025

Assessorato Igiene e sanità e dell'assistenza sociale

Direzione generale della sanità

Servizio di promozione e governo delle reti di cura

Determinazione

n. 248 del 21 marzo 2025

Incarichi vacanti dei medici del ruolo unico di Assistenza primaria – anno 2025.

Il Direttore del Servizio

VISTO Lo Statuto speciale della Regione Autonoma della Sardegna e le relative norme di attuazione;

VISTA la Legge regionale n. 31 del 13.11.1998 e ss.mm.ii.;

VISTO il Decreto legislativo n. 502 del 30.12.1992 e ss.mm.ii.;

VISTA la Legge regionale n. 24 del 11.09.2020 e ss.mm.ii.;

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 60/9 del 04.11.2008, avente ad oggetto la definizione degli ambiti territoriali dell'assistenza primaria;

VISTO l'Accordo collettivo nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale, reso esecutivo con l'intesa Stato-Regioni del 4 aprile 2024 e ss.mm.ii.;

VISTO in particolare, l'art. 34 dell'ACN sopra richiamato che dispone, al primo comma, che "ciascuna Regione (...) pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco degli incarichi vacanti di medico del ruolo unico di assistenza primaria e di quelli che si renderanno disponibili nel corso dell'anno, individuati dalle Aziende sulla base dei criteri di cui al precedente art. 32" e da attribuirsi secondo le modalità stabilite dal medesimo art. 34;

VISTO l'art. 19, c. 8, dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale sopra richiamato, ai sensi del quale "i medici già titolari di incarico a tempo indeterminato in un settore di cui all'articolo 2, comma 1 del presente Accordo possono partecipare per graduatoria regionale solo in un settore diverso da quello in cui sono titolari.";

VISTO l'Accordo integrativo regionale per la Medicina generale (AIR) del 28 aprile 2010, approvato con la deliberazione della Giunta regionale n. 19/9 del 12.05.2010;

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 10/35 del 16.03.2023 avente ad oggetto l'appendice alla modifica, di cui alla Delib.G.R. n. 26/15 del 11.8.2022, dell'Accordo integrativo regionale del 28.04.2010;

VISTA la determinazione RAS n. 1599 del 22.11.2024 con la quale è stata approvata la graduatoria unica regionale definitiva di medicina generale valida per l'anno 2025 e pubblicata sul supplemento straordinario n. 134 del 28.11.2024 al BURAS n. 62;

VISTA la nota RAS protocollo n. 836 del 13.01.2025

con la quale sono comunicate a tutte le aziende sanitarie le tempistiche concordate in sede di conferenza delle regioni relativamente alle procedure da porre in essere per l'individuazione degli incarichi vacanti del ruolo unico di assistenza primaria per l'annualità 2025;

VISTA la deliberazione n. 68 del 03.02.2025 della ASL di Sassari con la quale vengono individuate le sedi carenti di assistenza primaria a ruolo unico per l'annualità 2025;

VISTO l'avviso pubblicato in data 07.02.2025 dalla ASL di Sassari ad oggetto "Manifestazione di interesse per il passaggio a ruolo unico di assistenza primaria, ai sensi dell'ACN del 4 aprile 2024, rivolto ai medici titolari di incarico di assistenza primaria a ciclo di scelta (APS), di assistenza primaria a ciclo orario (APO), e per la mobilità intra-aziendale";

VISTA la nota protocollo n. 13911 del 20.03.2025 della ASL Sassari con la quale si comunica, a seguito dell'esperimento della procedura inerente all'avviso appena sopra citato, che non sono intervenute modifiche sostanziali rispetto alle sedi precedentemente definite e, pertanto, sono confermate le sedi carenti di cui alla deliberazione n. 68 del 03.02.2025 della medesima ASL;

VISTA la deliberazione n. 72 del 12.02.2025 della ASL Gallura con la quale vengono individuate le sedi carenti di assistenza primaria a ruolo unico per l'annualità 2025;

VISTO l'avviso pubblicato in data 14.02.2025 dalla ASL Gallura ad oggetto "Manifestazione di interesse per il passaggio a ruolo unico di assistenza primaria, ai sensi dell'ACN del 4 aprile 2024, rivolto ai medici titolari di incarico di assistenza primaria a ciclo di scelta (APS), di assistenza primaria a ciclo orario (APO), e per la mobilità intra-aziendale";

VISTA la deliberazione n. 87 del 31.01.2025 della ASL Nuoro con la quale vengono individuate le sedi carenti di assistenza primaria a ruolo unico per l'annualità 2025;

VISTO l'avviso pubblicato in data 31.01.2025 dalla ASL Nuoro ad oggetto "Manifestazione di interesse per il passaggio a ruolo unico di assistenza primaria, ai sensi dell'ACN del 4 aprile 2024, rivolto ai medici titolari di incarico di assistenza primaria a ciclo di scelta (APS), di assistenza primaria a ciclo orario (APO), e per la mobilità intra-aziendale";

VISTA la nota protocollo n. 7727 del 06.03.2025 della ASL Nuoro con la quale si comunica che alcuna richiesta è pervenuta in merito all'avviso appena sopra citato e, pertanto, sono confermate le sedi carenti di cui alla deliberazione n. 87 del 31.01.2025 della medesima ASL;

VISTA la deliberazione n. 59 del 31.01.2025 della ASL Ogliastra, con la quale vengono individuate le sedi carenti di assistenza primaria a ruolo unico per l'annualità 2025;

VISTO l'avviso pubblicato in data 14.02.2025 dalla ASL Ogliastra ad oggetto "Manifestazione di interesse per il passaggio a ruolo unico di assistenza primaria, ai sensi dell'ACN del 4 aprile 2024, rivolto ai medici titolari di incarico di assistenza primaria a ciclo di scelta (APS), di assistenza primaria a ciclo orario (APO), e per la mobilità intra-aziendale";

VISTA la nota protocollo n. 3544 del 28.02.2025 della ASL Ogliastra con la quale si comunica che alcuna richiesta è pervenuta in merito all'avviso appena sopra citato e, pertanto, sono confermate le sedi carenti di cui alla deliberazione n. 59 del 31.01.2025 della medesima ASL;

VISTA la deliberazione n. 53 del 31.01.2025, così come parzialmente rettificata dalla deliberazione n. 72 del 07.02.2025, della ASL Oristano con la quale vengono individuate le sedi carenti di assistenza primaria a ruolo unico per l'annualità 2025;

VISTO l'avviso pubblicato in data 19.02.2025 dalla ASL Oristano ad oggetto "Manifestazione di interesse per il passaggio a ruolo unico di assistenza primaria, ai sensi dell'ACN del 4 aprile 2024, rivolto ai medici titolari di incarico di assistenza primaria a ciclo di scelta (APS), di assistenza primaria a ciclo orario (APO), e per la mobilità intra-aziendale";

VISTA la nota protocollo n. 13702 del 12.03.2025 della ASL Oristano con la quale si comunica che alcuna richiesta è pervenuta in merito all'avviso appena sopra citato e, pertanto, sono confermate le sedi carenti di cui alla deliberazione n. 53 del 31.01.2025, così come parzialmente rettificata dalla deliberazione n. 72 del 07.02.2025 della medesima ASL;

VISTA la deliberazione n. 79 del 11.02.2025 della ASL Medio Campidano, con la quale vengono individuate le sedi carenti di assistenza primaria a ruolo unico per l'annualità 2025;

VISTO l'avviso pubblicato in data 11.02.2025 dalla ASL Medio Campidano ad oggetto "Manifestazione di interesse per il passaggio a ruolo unico di assistenza primaria, ai sensi dell'ACN del 4 aprile 2024, rivolto ai medici titolari di incarico di assistenza primaria a ciclo di scelta (APS), di assistenza primaria a ciclo orario (APO), e per la mobilità intra-aziendale";

VISTA la nota protocollo n. 5377 del 04.03.2025 della ASL Medio Campidano con la quale si comunica che alcuna richiesta è pervenuta in merito all'avviso appena sopra citato e, pertanto, sono confermate le sedi carenti di cui alla deliberazione n. 79 del 11.02.2025 della medesima ASL;

VISTA la deliberazione n. 56 del 31.01.2025 della ASL Sulcis Iglesiente con la quale vengono individuate le sedi carenti di assistenza primaria a ruolo unico per l'annualità 2025;

VISTO l'avviso pubblicato in data 06.02.2025 dalla ASL Sulcis Iglesiente ad oggetto "Manifestazione di interesse per il passaggio a ruolo unico di assistenza primaria, ai sensi dell'ACN del 4 aprile 2024, rivolto ai

medici titolari di incarico di assistenza primaria a ciclo di scelta (APS), di assistenza primaria a ciclo orario (APO), e per la mobilità intra-aziendale";

VISTA la nota protocollo n. 4807 del 25.02.2025 della ASL Sulcis Iglesiente con la quale si comunica che alcuna richiesta è pervenuta in merito all'avviso appena sopra citato e, pertanto, sono confermate le sedi carenti di cui alla deliberazione n. 56 del 31.01.2025 della medesima ASL;

VISTA la deliberazione n. 104 del 14.02.2025 della ASL Cagliari con la quale vengono individuate le sedi carenti di assistenza primaria a ruolo unico per l'annualità 2025;

VISTO l'avviso pubblicato in data 14.02.2025 dalla ASL Cagliari ad oggetto "Manifestazione di interesse per il passaggio a ruolo unico di assistenza primaria, ai sensi dell'ACN del 4 aprile 2024, rivolto ai medici titolari di incarico di assistenza primaria a ciclo di scelta (APS), di assistenza primaria a ciclo orario (APO), e per la mobilità intra-aziendale";

VISTA la nota protocollo n. 21389 del 18.03.2025 della ASL Cagliari con la quale si comunica che cinque medici hanno aderito all'avviso appena sopra citato e tre di essi hanno formalmente accettato il passaggio a ruolo unico. Poiché si tratta di medici già attualmente titolari di doppio incarico compatibile (assistenza primaria a ciclo di scelta e a rapporto orario), sono confermate le sedi carenti di cui alla deliberazione n. 104 del 14.02.2025 della medesima ASL;

VISTA la nota RAS protocollo n. 7959 del 18.03.2025 con la quale è trasmesso a tutti i componenti del Comitato Regionale per la medicina generale, per le eventuali considerazioni del caso, l'elenco delle sedi carenti di assistenza primaria a ruolo unico per l'annualità 2025 individuate dalle Aziende con le sopra richiamate deliberazioni;

VISTO il decreto n. 85 prot. n. 5303 del 16.11.2024 con il quale l'Assessore degli Affari Generali, Personale e Riforma della Regione conferisce al dirigente dott. Stefano Piras le funzioni di Direttore del Servizio promozione e governo delle reti di cure, presso la Direzione Generale della Sanità;

DATO ATTO che la ASL Gallura non ha comunicato, entro i termini disposti con la nota RAS protocollo n. 836 del 13.01.2025, gli esiti della procedura di cui all'avviso pubblicato dalla medesima ASL in data 14.02.2025 ad oggetto "Manifestazione di interesse per il passaggio a ruolo unico di assistenza primaria, ai sensi dell'ACN del 4 aprile 2024, rivolto ai medici titolari di incarico di assistenza primaria a ciclo di scelta (APS), di assistenza primaria a ciclo orario (APO), e per la mobilità intra-aziendale";

RITENUTO di dover confermare le sedi carenti di assistenza primaria a ruolo unico per la ASL Gallura così come indicate nella determinazione della

medesima Azienda n. 72 del 12.02.2025;

DATO ATTO che per l'assegnazione degli incarichi vacanti dei medici del ruolo unico di assistenza primaria si utilizza la graduatoria unica regionale definitiva di medicina generale valida per l'anno 2025 pubblicata sul supplemento straordinario n. 134 del 28.11.2024 al BURAS n. 62;

DATO ATTO che, secondo quanto disposto con il predetto art. 34, comma 14, lettere a) e b) dell'A.C.N. del 04.04.2024, il conferimento degli incarichi dei medici del ruolo unico di assistenza primaria avviene nella misura del 80% a favore dei medici in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale e del 20% a favore dei medici in possesso del titolo equipollente. Qualora non vengano assegnati, per carenza di domande, incarichi spettanti ad una delle due percentuali di aspiranti, gli stessi vengono assegnati all'altra percentuale di aspiranti che, ai fini del disposto cui al comma 16 del medesimo articolo, devono dichiarare all'atto della domanda la riserva per la quale intendono concorrere;

DATO ATTO che, ai sensi del sopra richiamato art. 34, c. 5 "Possono concorrere al conferimento degli incarichi:

a) per trasferimento tra Aziende (interaziendale), i medici titolari di incarico a tempo indeterminato del ruolo unico di assistenza primaria da almeno due anni nella stessa Azienda della Regione che pubblica l'avviso e quelli titolari in altra Regione da almeno quattro anni. Ai fini del computo del suddetto requisito è valutata la titolarità di incarico di assistenza primaria a ciclo di scelta e/o ad attività oraria. I trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di un terzo degli incarichi disponibili in ciascuna Azienda e i quozienti frazionali ottenuti nel calcolo di cui sopra si approssimano alla unità più vicina. Il trasferimento può avvenire anche in caso di disponibilità di un solo incarico;

b) i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso;

c) i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di cui al comma 4;

d) i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale, non compresi nella lettera precedente;

e) i 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, e s.m.i. esclusivamente nella stessa Regione presso la quale stanno frequentando il corso di formazione specifica in medicina generale;

f) i medici ai sensi dell'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, esclusivamente nella

stessa Regione presso la quale stanno frequentando il corso di formazione specifica in medicina generale;

CONSIDERATE le richieste di pubblicazione degli incarichi vacanti di medici del ruolo unico di assistenza primaria per l'anno 2025 individuati dalle aziende ASL, di cui all'allegato 1) al presente provvedimento;

CONSIDERATO che le domande di assegnazione degli incarichi possono essere accolte solo ai sensi dell'art. 34 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, reso esecutivo con l'intesa Stato-Regioni del 4 aprile 2024 e ss.mm.ii.;

CONSIDERATO che i componenti del Comitato regionale per la medicina generale non hanno trasmesso alcuna considerazione in riscontro alla nota RAS protocollo n. 7959 del 18.03.2025 sopra richiamata;

CONSIDERATO che la designazione dei titolari delle sedi carenti con obbligo di apertura, così come indicate nell'allegato 1) alla presente determinazione, sarà disposta da parte dell'Azienda che ha evidenziato l'obbligo medesimo;

CONSIDERATO che, non sono consentite proroghe al termine dei 90 giorni di cui all'art. 33 c. 5 dell'ACN/2024;

DATO ATTO di non trovarsi personalmente in conflitto di interessi ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e del Codice di comportamento;

DATO ATTO di aver acquisito le dichiarazioni e valutato l'assenza di conflitti di interessi, come previste dalla normativa, da parte degli istruttori e di tutti coloro che, a qualunque titolo, hanno preso parte e/o concorso con il proprio operato all'esito del procedimento.

Determina

ART. 1 In conformità a quanto indicato nelle premesse, che si richiamano integralmente, di procedere alla pubblicazione nel BURAS degli incarichi vacanti dei medici del ruolo unico di assistenza primaria per l'annualità 2025 così come riportati nell'allegato 1) alla presente determinazione, per costituirne parte integrante e sostanziale.

ART. 2 Di individuare, ai sensi dell'art. 34 dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale del 4 aprile 2024, l'ARES Sardegna quale ufficio regionale incaricato per l'espletamento delle procedure di attribuzione degli incarichi vacanti di assistenza primaria relativi all'annualità 2025.

ART. 3 Tutte le domande per trasferimento e per il conferimento degli incarichi di cui al presente atto in regola con le norme vigenti sull'imposta di bollo, dovranno essere trasmesse all'ARES Sardegna

entro 20 giorni a decorrere dal giorno successivo alla data di pubblicazione della presente determinazione sul BURAS, esclusivamente a mezzo PEC ed esclusivamente all'indirizzo

incarichimedecinagenerale@pec.aressardegna.it

secondo la modulistica di cui all'allegato 2) alla presente determinazione che sarà disponibile anche sul sito www.regionesardegna.it all'indirizzo

https://www.regione.sardegna.it/atti-bandi-archivi/atti-amministrativi/tutti-gli-atti?size=n_12_n&sort%5B0%5D%5Bfield%5D=dataPubblicazione&sort%5B0%5D%5Bdirection%5D=desc

Il soggetto interessato provvede ad inserire nella domanda i numeri identificativi della marca da bollo utilizzata, nonché ad annullare la stessa.

ART. 4 Le modalità organizzative di convocazione degli interessati verranno rese note tramite nota pec ARES all'indirizzo di posta elettronica certificata indicato dai medesimi nell'istanza di cui al presente bando.

ART. 5 Per quanto non espressamente previsto dal presente provvedimento si rimanda a quanto disposto dall'ACN del 04.04.2024 e ss.mm.ii..

Il presente provvedimento è trasmesso all'Assessore dell'Igiene, Sanità e dell'Assistenza sociale ai sensi dell'articolo 21, comma 9, della L.R. 13.11.1998, n. 31 e ss.mm.ii.

Piras



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

sedi vacanti anno 2025 ruolo unico medicina generale

all. 1) det. N. Del

ASL SASSARI				
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	sedi vacanti	di cui con obbligo di apertura
1. Sassari	1.1	Sassari	29	1 Ottava - 1 Li Punti - 1 Santa Maria di Pisa
	1.2	Porto Torres, Stintino	11	
	1.3	Castelsardo, Nulvi, Santa Maria Coghinas, Tergu, Valledoria, Viddalba	4	1 Nulvi - 1 Valledoria - 1 Viddalba
	1.4	Cargeghe, Codrongianus, Florinas, Muros, Ossi, Ploaghe, Tissi, Usini	-	
	1.5	Buizi, Chiaramonti, Erula, Laerru, Martis, Perfugas, Sedinì	-	
	1.6	Osilo, Sennori, Sorso	4	1 Sorso - 1 Sennori - 1 Osilo
2. Alghero	2.1	Banari, Bessude, Bonnanaro, Bonorva, Borutta, Cheremule, Cossuine, Giave, Mara, Padria, Pozzomaggiore, Semestene, Siligo, Thiesi, Torralba	3	1 Bonorva
	2.2	Ittiri, Monteleone Rocca Doria, Putifigari, Romana, Uri, Villanova Monteleone	4	1 Ittiri
	2.3	Alghero, Olmedo	12	1 Olmedo
3. Ozieri	3.1	Ardara, Ittireddu, Mores, Nughedu San Nicolo', Ozieri, Pattada, Tula	4	1 Mores - 1 Ardara
	3.2	Anela, Benetutti, Bono, Bottida, Bultei, Burgos, Esportiatu, Illorai, Nule	5	1 Illorai - 1 Burgos - 1 Bono

ASL GALLURA				
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	sedi vacanti	di cui con obbligo di apertura
1. Olbia	1.1	Golfo Aranci, Olbia, Telti	17	
	1.3	Arzachena, Palau, Sant'Antonio di Gallura	7	
	1.4	Santa Teresa di Gallura	2	
	1.5	Berchidda, Monti, Oschiri	5	
	1.6	Budoni, Loiri Porto San Paolo, Padru, San Teodoro	8	
	1.7	Alà dei Sardi, Buddusò	2	
2. Tempio Pausania	2.1	Aggius, Bortigiadas, Tempio Pausania	5	
	2.2	Calangianus, Luras	3	
	2.3	Aglientu, Badesi, Luogosanto, Trinita' d'Agultu e Vignola	2	
3. La Maddalena	3.1	La Maddalena	7	

ASL NUORO				
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	sedi vacanti	di cui con obbligo di apertura
1. Nuoro	1.1	Bitti, Lula, Onani, Orune, Osidda	1	
	1.2	Dorgali	3	
	1.3	Oliena	5	
	1.4	Otzai, Oniferi, Orani, Orotelli, Ottana, Sarule	6	
	1.5	Fonni, Gavoi, Lodine, Ollolai	6	
	1.6	Mamoiada, Orgosolo	4	
	1.7	Nuoro	9	
2. Macomer	2.1	Birori, Borore, Dualchi, Macomer, Noragugume, Sindia	8	
	2.2	Bolotana, Bortigali, Lei, Silanus	3	
3. Siniscola	3.1	Lodè, Posada, Siniscola, Torpè	9	
	3.2	Galluri, Irgoli, Loculi, Onifai, Orosei	3	
4. Sorgono	4.1	Aritzo, Belvi, Desulo, Gadoni, Tonara	4	
	4.2	Atzara, Meana Sardo, Ortueri, Sorgono	-	
	4.3	Austis, Ovodda, Teti, Tiana	3	

ASL OGLIASTRA				
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	sedi vacanti	di cui con obbligo di apertura
1. Tortolì	1.1	Baunei, Lotzorai, Talana, Triesi, Urzulei	2	
	1.2	Girasole, Tortolì	4	
	1.3	Arzana, Villagrande Strisaili	2	
	1.4	Barisardo, Cardedu, Loceri	1	
	1.5	Elini, Ilibono, Lanusei	3	
	1.6	Jerzu, Perdasdefogu, Tertenia	-	
	1.7	Gairo, Osini, Seui, Ulassai, Ussassai	-	

ASL ORISTANO				
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	sedi vacanti	di cui con obbligo di apertura
1. Oristano	1.1	Bauladu, Milis, Narbolia, San Vero Milis, Tramatza, Zeddiani	3	
	1.2	Barattì San Pietro, Cabras, Nurachi, Riola Sardo	5	
	1.3	Oristano, Palmas Arborea, Santa Gusta	12	
	1.4	Allai, Ollastra Simaxis, Samugheo, Siamaggiore, Siamanna, Siapiccia, Simaxis, Solarussa, Villanova Truschedu, Villaurbana, Zerfaliu	4	
2. Ghilarza-Bosa	2.1	Abbasanta, Aidomaggiore, Ardauli, Bidoni, Boroneddu, Busachi, Fordongianus, Ghilarza, Neoneli, Norbello, Nugeddu Santa Vittoria, Sedilo, Soddi, Sorradile, Tadasuni, Ula Tirso	7	
	2.2	Cuglieri, Flussio, Magomadas, Modolo, Sagama, Scano di Montiferru, Sennariolu, Suni, Tinnura, Tresnuraghes	3	
	2.3	Bonarcado, Paulilatino, Santu Lussurgiu, Seneghe	4	
	2.4	Bosa, Montresta	3	
3. Ales-Terralba	3.1	Arborea, Marrubiu, San Nicolò d'Arcidano, Terralba, Uras	11	
	3.2	Albagiara, Ales, Assolo, Asuni, Curcuris, Genoni, Laconi, Mogorella, Nureci, Pau, Ruinas, Senis, Usellus, Villa Sant'Antonio, Villaverde	2	
	3.3	Baradili, Baresa, Gonnoscodina, Gonnosnò, Gonnostramatza, Masullas, Mogoro, Morgongiori, Pompu, Simala, Sini, Siris	2	

ASL MEDIO CAMPIDANO				
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	sedi vacanti	di cui con obbligo di apertura
1. Guspini	1.1	Guspini	6	
	1.2	Arbus	3	
	1.3	Gonnosfanadiga	4	
	1.4	Villacidro	7	
	1.5	Pabillonis, San Gavino Monreale, Sardara	3	
2. Sanluri	2.1	Furtei, Sanluri, Segariu, Villamar	1	
	2.2	Samassi, Serrenti	1	
	2.3	Serramanna	6	
	2.4	Barumini, Genuri, Gesturi, Las Plassas, Setzu, Tuili, Villanovafranca	-	
	2.5	Collinas, Lunamatrona, Pauli Arborei, Siddi, Turri, Ussaramanna, Villanovaforru	-	

ASL SULCIS				
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	sedi vacanti	di cui con obbligo di apertura
1. Carbonia	1.1	Carbonia, Portoscuso	7	1 Portoscuso
	1.2	San Giovanni Suergiu, Tratalias	2	
	1.5	Narcao, Nuxis, Perdaxius, Santadi, Villaperuccio	1	
	1.6	Giba, Masainas, Piscinas, Sant'Anna Arresi	2	1 Sant'Anna Arresi
2. Iglesias	2.1	Bugerru, Fluminimaggiore	1	
	2.2	Domusnovas, Musei, Villamassargia	2	
	2.3	Gonnesa, Iglesias	2	
3. Isole	3.1	Calasetta, Sant'Antioco	9	1 Calasetta
	3.2	Carloforte	-	

ASL CAGLIARI				
DISTRETTO	AMBITO	COMUNI	sedi vacanti	di cui con obbligo di apertura
1. Cagliari Area Vasta	1.1	Cagliari, Monserrato, Quartucciu, Selargius, Settimo San Pietro	63	2 Sant'Elia - 1 Selargius - 1 Selargius Su Planu - 1 Monserrato - 1 Quartucciu
	1.2	Monastir, Nuraminis, Sestu, Ussana	4	
2. Area Ovest	2.1	Assemini, Decomomannu, Elmas, San Sperate, Uta	9	
	2.2	Decimoputzu, Siliqua, Vallemosa, Villasor, Villapesciosa	5	
	2.3	Capoterra	4	
	2.4	Domus de Maria, Pula	2	
	2.5	Sarroch, Villa San Pietro	3	
	2.6	Teulada	3	
3. Quartu - Parteolla	3.1	Quartu Sant'Elena	17	
	3.2	Burcei, Maracalagonis, Sinnai	12	
	3.3	Dolianova, Donori, Sordana, Soleminis	2	
4. Sarrabus - Gerrei	4.1	Muravera, San Vito, Villaputzu	3	
	4.2	Castiadas, Villasimius	-	
	4.3	Armungia, Ballao, San Nicolò Gerrei, Silius, Villasalto	2	
5.1 Sarcidano - Barbagia di Seulo - Trexenta	5.1	Escalca, Gergei, Isili, Nuragus, Nurallao, Serri	2	
	5.2	Escalaplano, Nurri, Orroli	2	
	5.3	Esterzili, Sadali, Seulo, Villanovatulo	1	
	5.4	Goni, San Basilio, Sant'Andrea Frius, Senorbi	3	
	5.5	Barrali, Guamaggiore, Guasila, Ortacesus, Pimentel, Samatzai, Selegas	5	
	5.6	Gesico, Mandas, Siurgus Donigala, Suelli	2	

Allegato 2)

Modulistica

Il presente allegato contiene sei possibili modelli di domanda (fac-simile), ciascuno con annessa dichiarazione sostitutiva di atto notorio, a seconda della fattispecie di interesse del candidato:

- 1) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA **A RUOLO UNICO** (PER TRASFERIMENTO INTERAZIENDALE ANNO 2025)
- 2) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA A RUOLO UNICO (PER GRADUATORIA ANNO 2025)
- 3) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA A RUOLO UNICO (medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale) ANNO 2025
- 4) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA A RUOLO UNICO (medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale, non compresi nel punto precedente) ANNO 2025
- 5) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA A RUOLO UNICO (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, e s.m.i.) ANNO 2025
- 6) DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA A RUOLO UNICO (medici ai sensi dell'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60) ANNO 2025

1)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI
VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA A RUOLO UNICO
(PER TRASFERIMENTO INTERAZIENDALE ANNO 2025)**

n. identificativo della marca da bollo

Nr. _____

Bollo 16 €

ARES SARDEGNAincarichimedecinagenerale@pec.aressardegna.it

Il sottoscritto Dr. _____ nato a _____ Prov. _____
il _____ M ☐ F ☐ codice fiscale _____ Residente
a _____ prov. _____ Via _____ n. _____ CAP _____
tel. _____.

A far data dal _____ è residente nel territorio della Regione _____; titolare di
incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso Area socio sanitaria locale di
_____ per l'ambito territoriale di _____ della Regione
_____ dal ____/____/____.

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO INTERAZIENDALE

secondo quanto previsto dall'art. 34 dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale reso esecutivo con l'intesa Stato-Regioni
del 4 aprile 2024, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria A RUOLO UNICO pubblicati sul Bollettino
Ufficiale della Regione Autonoma della Sardegna n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti ambiti:

ASL		AMBITO		ASL		AMBITO	
ASL		AMBITO		ASL		AMBITO	
ASL		AMBITO		ASL		AMBITO	
ASL		AMBITO		ASL		AMBITO	
ASL		AMBITO		ASL		AMBITO	
ASL		AMBITO		ASL		AMBITO	

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo di posta elettronica certificata intestato al sottoscritto:

Allega alla presente, **unitamente alla copia fotostatica del documento di identità**, la documentazione o autocertificazione e
dichiarazione sostitutiva, atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico per trasferimento ai sensi dell'articolo 34,
comma 5, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale e l'anzianità complessiva di incarico in assistenza primaria.

allegati n. _____ (_____) documenti.

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente in materia, che i dati personali raccolti saranno trattati,
anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma per esteso _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)
(PER TRASFERIMENTO INTERAZIENDALE ANNO 2025)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
 residente in _____ via _____ n. _____ ai sensi e agli
 effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere,
 di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. citato,

dichiara di:

- essere residente nella Regione _____ dal _____ nel Comune di _____ dal _____;
- essere attualmente titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso l'ambito territoriale n° _____ dell'Area socio sanitaria locale di _____ della Regione _____ dal _____/_____/_____, (*) con una anzianità complessiva di 1° incarico a tempo indeterminato decorrente dal _____;
- aver prestato servizio, continuativo quale medico per l'assistenza primaria a tempo indeterminato:
 - dal ____/____/_____* al ____/____/_____* (*) ambito territoriale n. _____ ASSSL di _____;
 - dal ____/____/_____* al ____/____/_____* (*) ambito territoriale n. _____ ASSSL di _____;
 - dal ____/____/_____* al ____/____/_____* (*) ambito territoriale n. _____ ASSSL di _____;
- aver sospeso il servizio, quale medico convenzionato per l'assistenza primaria a tempo indeterminato:
 - dal ____/____/_____* al ____/____/_____* (*) per _____;
 - dal ____/____/_____* al ____/____/_____* (*) per _____;
 - dal ____/____/_____* al ____/____/_____* (*) per _____;
 - dal ____/____/_____* al ____/____/_____* (*) per _____;

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente in materia, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma

Ai sensi dell'art. 47, comma 1 3 art. 38, comma 3, del DPR n. 445/2000 la dichiarazione sostitutiva di atto notorio **è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.**

* Indicare giorno, mese, anno; la data indicata per i servizi ricoperti deve essere quella di conferimento della titolarità da parte dell'Area Socio Sanitaria Locale.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
(art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

(PER TRASFERIMENTO INTERAZIENDALE ANNO 2025)

Il sottoscritto Dr. _____ nato a _____ il _____ residente
in _____ via _____ n. _____ iscritto all'Albo dei _____
della Provincia di _____ ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle
sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. citato,

dichiara di:

- 1) essere/non essere (1) 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 (2):
Soggetto _____ ore settimanali _____ Via _____
_____ Comune di _____ Tipo di rapporto di lavoro _____ periodo dal _____;
- 2) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale del 23/03/2005 con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ ASL di _____ periodo dal _____;
- 3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la pediatria di libera scelta del 15/12/2005 con massimale di n. _____ scelte ASL di _____ periodo dal _____;
- 4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno (2);
ASL di _____ branca _____ ore sett. _____
- 5) svolgere/non svolgere (1) attività di medico specialista ambulatoriale accreditato (2)
Provincia _____ branca _____ periodo dal _____;
- 6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 c 5, decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:
ASL di _____ Via _____
Tipo di attività _____ periodo dal _____;
- 7) essere/non essere (1) titolare di incarico nella continuità assistenziale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione Sardegna o in altra regione (2): Regione _____ ASL di _____ ore sett. _____ in forma attiva - in forma di disponibilità (1);
- 8) essere/non essere (1) titolare di incarico nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione Sardegna o in altra regione (2): Regione _____ ASL di _____ ore sett. _____ in forma attiva - in forma di disponibilità (1);
- 9) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:
Denominazione del corso: _____
Soggetto pubblico che lo svolge _____
Inizio dal _____;

- 10) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le ASL ai sensi dell'art. 8 - quinquies del D.L.vo 502/92 e successive modificazioni (2):
 Organismo _____ ore sett. _____
 Via _____ Comune di _____
 Tipo di attività _____
 Tipo di rapporto di lavoro _____
 Periodo dal _____;
- 11) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78 (2):
 Organismo _____ ore sett. _____
 Via _____ Comune di _____
 Tipo di attività _____
 Tipo di rapporto di lavoro _____
 Periodo dal _____;
- 12) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della legge n. 626/93
 ASL di _____ ore sett. _____
 Via _____ Comune di _____
 Periodo dal _____;
- 13) svolgere/non svolgere (1), per conto dell'INPS dell'ASL di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte (2) ;
 Area socio sanitaria locale di _____ Comune di _____
 Periodo dal _____;
- 14) avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche (2):
 _____ Periodo dal _____;
 _____;
- 15) essere/non essere (1) titolare o partecipante di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

- 16) fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale;
 Periodo dal _____;
- 17) svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere nessuna);

 Periodo dal _____;
- 18) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato (1) (2):
 ASL di _____ Comune di _____ ore sett _____
 Tipo di attività _____
 Periodo dal _____;

- 19) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1,2,3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4,5,6,7):

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo dal _____;

- 20) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a (2):

_____ Periodo dal _____;
_____;

- 21) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2) soggetto erogante il trattamento pensionistico _____

Pensionato dal _____;

note _____

Data _____

Firma

Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del DPR n. 445/2000 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

(1) - cancellare la parte che non interessa

(2) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE".

2)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI
DI ASSISTENZA PRIMARIA A RUOLO UNICO
(PER GRADUATORIA ANNO 2025)**

Bollo 16 €

n. identificativo della marca da bollo

Nr. _____

ARES SARDEGNAincarichimedecinagenerale@pec.aressardegna.it

Il sottoscritto Dr. _____ nato a _____ Prov. _____ il
_____ M ☐ F ☐ codice fiscale _____ Residente a
_____ prov. _____ Via _____ n. _____ CAP _____ tel.
_____, inserito nella graduatoria unica regionale di cui all'art. 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina
generale del 23.03.2005 e ss.mm.ii. valevole per l'anno 2025 pubblicata sul supplemento straordinario n. 134 del 28.11.2024 al BURAS
n. 62.

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 34 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale reso esecutivo con l'intesa Stato-Regioni
del 4 aprile 2024, di assegnazione degli incarichi vacanti per l'assistenza primaria a RUOLO UNICO pubblicati sul Bollettino Ufficiale della
Regione Autonoma della Sardegna n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti ambiti:

ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	
ASSL		AMBITO		ASSL		AMBITO	

Chiede a tal fine, ex art. 34, c. 14 e 15 ACN 04/04/2024, di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato (**barrare
una sola casella; in caso di barratura di entrambe le caselle o mancata indicazione della riserva prescelta, la domanda non potrà
essere valutata**):

☐ riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 e delle norme
corrispondenti di cui al D.L.vo n. 368/99 e di cui al D.L.vo n. 277/03 (art. 16, c. 7, lett. a, DPR 270/00)

☐ riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (ART. 16, c. 7, lett. b, ACN 27/07/09).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo di posta elettronica certificata intestato al sottoscritto:

Allega alla presente, **unitamente alla copia fotostatica del documento di identità**, la documentazione o autocertificazione e
dichiarazione sostitutiva, atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'articolo 34 dell'Accordo
Collettivo Nazionale per la Medicina Generale:

allegati n. _____ (_____) documenti.

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente in materia, che i dati personali raccolti saranno
trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma per esteso _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

(PER GRADUATORIA ANNO 2025)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il
_____ ai sensi e agli effetti dell'art.46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di
dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. citato,

dichiara:

- di essere residente nella Regione _____ dal _____ nel Comune di
_____ dal _____;
- dichiara altresì, di essere stato precedentemente a tale data, residente nel Comune (1) di _____ dal
_____;

Data _____

Firma

(1) Qualora negli ultimi due anni siano stati cambiati più Comuni di residenza, indicare quali con i relativi periodi.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ**(art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)****(PER GRADUATORIA ANNO 2025)**

Il sottoscritto Dr. _____ nato a _____ il _____ residente
in _____ via _____ n. _____ iscritto all'Albo dei _____
della Provincia di _____ ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle
sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. citato,

dichiara di:

- 22) essere/non essere (1) 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 (2):
Soggetto _____ ore settimanali _____ Via _____
Comune di _____ Tipo di rapporto di lavoro _____ periodo dal _____;
- 23) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale del 23/03/2005 con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ ASSL _____ periodo dal _____;
- 24) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la pediatria di libera scelta del 15/12/2005 con massimale di n. _____ scelte ASSL _____ periodo dal _____;
- 25) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno (2):
ASSL _____ branca _____ ore sett. _____
- 26) svolgere/non svolgere (1) attività di medico specialista ambulatoriale accreditato (2)
Provincia _____ branca _____ periodo dal _____;
- 27) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 c 5, decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:
ASSL di _____ Via _____
Tipo di attività _____ periodo dal _____;
- 28) essere/non essere (1) titolare di incarico nella continuità assistenziale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione Sardegna o in altra regione (2): Regione _____ Area socio Sanitaria Locale di _____ ore sett. _____ in forma attiva - in forma di disponibilità (1);
- 29) essere/non essere (1) titolare di incarico nell'emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione Sardegna o in altra regione (2): Regione _____ Area socio Sanitaria Locale di _____ ore sett. _____ in forma attiva - in forma di disponibilità (1)
- 30) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n. 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:
Denominazione del corso: _____
Soggetto pubblico che lo svolge _____
Inizio dal _____;

- 40) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1,2,3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4,5,6,7):

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo dal _____;

- 41) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a (2):

_____ Periodo dal _____;

- 42) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2) soggetto erogante il trattamento pensionistico _____

Pensionato dal _____;

note _____

Data _____

Firma

Ai sensi dell'art. 47, comma 1 e dell'art. 38, comma 3, del DPR n. 445/2000 la dichiarazione sostitutiva di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

(1) - cancellare la parte che non interessa

(2) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE".

3)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA
PRIMARIA A RUOLO UNICO ANNUALITA' 2025**

BOLLO € 16

(Medici che hanno acquisito il titolo successivamente alla scadenza del
termine previsto per la domanda di inserimento in graduatoria regionale)

ARES SARDEGNA

incarichimedecinagenerale@pec.aressardegna.it

n. identificativo della marca da bollo

nr. _____

Il sottoscritto/a Dr. nato/a a il
residente a prov. Via n.
CAP tel. cell.

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 34 dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale reso esecutivo con l'intesa Stato-Regioni del 4 aprile 2024, di assegnazione degli incarichi vacanti per l'assistenza primaria a RUOLO UNICO pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma della Sardegna n. del , e segnatamente per i seguenti ambiti:

AMBITO		ASSL		AMBITO		ASSL	
AMBITO		ASSL		AMBITO		ASSL	
AMBITO		ASSL		AMBITO		ASSL	
AMBITO		ASSL		AMBITO		ASSL	
AMBITO		ASSL		AMBITO		ASSL	
AMBITO		ASSL		AMBITO		ASSL	
AMBITO		ASSL		AMBITO		ASSL	

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/00:

DICHIARA

di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di in data con voto

di essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale conseguito a in data a seguito del triennio

di essere residente nel Comune di prov. dal a tutt'oggi (giorno/mese/anno)

precedenti residenze:

dal al Comune di prov.

dal al Comune di prov.

dal al Comune di prov.

Allega dichiarazione sostitutiva di atto notorio per l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo di posta elettronica certificata intestato al sottoscritto:

Data _____

Firma 1 _____

¹ La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore. (art. 38 del DPR 445/00).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto/a
 nato/a a prov. il
 residente a prov.
 Via n. CAP
 ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, 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 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
- 2) essere/non essere * titolare di incarico di assistenza primaria presso l'Area socio sanitaria locale di ambito territoriale di
- 3) essere/non essere * titolare di incarico come medico specialista pediatra di libera scelta presso l'Area socio sanitaria locale di ambito territoriale di
- 4) essere/non essere * titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:
 A.S.S.L. branca ore settimanali
 A.S.S.L. branca ore settimanali
- 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 settimanali
- 7) essere/non essere * iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al decreto legislativo n. 256/91 o a corsi di specializzazione di cui al decreto legislativo n. 257/91 e corrispondenti norme del decreto legislativo n. 368/99:
 denominazione del corso soggetto che lo svolge inizio dal
- 8) operare/non operare * a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le A.S.S.L. ai sensi dell'art. 8 quinquies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:
 organismo ore settimanali comune
 tipo di attività tipo di lavoro dal
- 9) 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 legge n.833/78:
 organismo ore settimanali comune tipo di attività tipo di rapporto di lavoro dal
- 10) svolgere/non svolgere * funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della legge n.626/93: Azienda ore settimanali al
- 11) svolgere/non svolgere * per conto dell'INPS o dell'A.S.S.L. di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito del quale può acquisire scelte: A.S.S.L. comune dal
- 12) avere/non avere * qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: dal
- 13) 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

- 14) fruire/non fruire * del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14 ottobre 1976 del Ministero del lavoro e della previdenza sociale: dal
- 15) svolgere/non svolgere * altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate: tipo di attività dal
- 16) essere/non essere * titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate: Azienda..... tipo di attività ore settimanali dal
- 17) 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
- 18) essere/non essere * titolare di trattamento di pensione: dal
- 19) 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 ².

Data

Firma ³

* **Cancellare la voce che non interessa**

² **Ai sensi dell'art. 76, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000 "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 **La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore. (art. 38 del DPR 445/00).**

4)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA
PRIMARIA A RUOLO UNICO ANNUALITA' 2025**

BOLLO € 16

(medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale)

ARES SARDEGNA

incarichimedecinagenerale@pec.aressardegna.it

n. identificativo della marca da bollo

nr. _____

Il sottoscritto/a Dr. nato/a a il
residente a prov. Via n.
CAP tel. cell.

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 34 dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale reso esecutivo con l'intesa Stato-Regioni del 4 aprile 2024, di assegnazione degli incarichi vacanti per l'assistenza primaria a RUOLO UNICO pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma della Sardegna n. del _____, e segnatamente per i seguenti ambiti:

AMBITO		ASSL		AMBITO		ASSL	
AMBITO		ASSL		AMBITO		ASSL	
AMBITO		ASSL		AMBITO		ASSL	
AMBITO		ASSL		AMBITO		ASSL	
AMBITO		ASSL		AMBITO		ASSL	
AMBITO		ASSL		AMBITO		ASSL	
AMBITO		ASSL		AMBITO		ASSL	

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/00:

DICHIARA

di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di in data con voto

di essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale conseguito a in data a seguito del triennio

di essere residente nel Comune di prov. dal a tutt'oggi (giorno/mese/anno)

precedenti residenze:

dal al Comune di prov.

dal al Comune di prov.

dal al Comune di prov.

Allega dichiarazione sostitutiva di atto notorio per l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo di posta elettronica certificata intestato al sottoscritto:

Data _____

Firma ⁴ _____

⁴ La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore. (art. 38 del DPR 445/00).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto/a
 nato/a aprov.il

 residente aprov.

 Via n. CAP

 ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

D I C H I A R A

- 20) 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;
- 21) essere/non essere * titolare di incarico di assistenza primaria presso l'Area socio sanitaria locale di ambito territoriale di;
- 22) essere/non essere * titolare di incarico come medico specialista pediatra di libera scelta presso l'Area socio sanitaria locale di ambito territoriale di;
- 23) essere/non essere * titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:
 A.S.S.L. branca ore settimanali;
 A.S.S.L. branca ore settimanali;
- 24) essere/non essere * iscritto negli elenchi dei medici specialisti preaccreditati esterni:
 provincia branca dal;
- 25) essere/non essere * titolare di incarico a tempo determinato o indeterminato di continuità assistenziale o emergenza sanitaria territoriale nella Regione Azienda
 ore settimanali;
- 26) essere/non essere * iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al decreto legislativo n. 256/91 o a corsi di specializzazione di cui al decreto legislativo n. 257/91 e corrispondenti norme del decreto legislativo n. 368/99:
 denominazione del corso soggetto che lo
 svolge inizio dal;
- 27) operare/non operare * a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le A.S.S.L. ai sensi dell'art. 8 quinquies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:
 organismo ore settimanali comune
 tipo di attività tipo di lavoro dal
;
- 28) 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 legge n.833/78:
 organismo ore
 settimanali comune tipo di attività tipo di rapporto di
 lavoro dal;
- 29) svolgere/non svolgere * funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della legge n.626/93: Azienda ore settimanali al;
- 30) svolgere/non svolgere * per conto dell'INPS o dell'A.S.S.L. di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito del quale può acquisire scelte: A.S.S.L.
 comune dal;
- 31) avere/non avere * qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: dal
;
- 32) 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;

- 33) fruire/non fruire * del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14 ottobre 1976 del Ministero del lavoro e della previdenza sociale:
dal
- 34) svolgere/non svolgere * altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate:
tipo di attività dal
- 35) essere/non essere * titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate:
Azienda..... tipo di attività ore settimanali
..... dal
- 36) 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
- 37) essere/non essere * titolare di trattamento di pensione:
dal
- 38) 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 ⁵.

Data

Firma ⁶

* **Cancellare la voce che non interessa**

⁵ **Ai sensi dell'art. 76, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000 "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".**

⁶ **La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore. (art. 38 del DPR 445/00).**

5)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA
PRIMARIA A RUOLO UNICO ANNUALITA' 2025**

BOLLO € 16

(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, e s.m.i.)

ARES SARDEGNA

incarichimedecinagenerale@pec.aressardegna.it

n. identificativo della marca da bollo
nr. _____

Il sottoscritto/a Dr. nato/a a il
residente a prov. Via n.
CAP tel. cell.

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 34 dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale reso esecutivo con l'intesa Stato-Regioni del 4 aprile 2024, di assegnazione degli incarichi vacanti per l'assistenza primaria a RUOLO UNICO pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma della Sardegna n. del, e segnatamente per i seguenti ambiti:

AMBITO		ASSL		AMBITO		ASSL	
AMBITO		ASSL		AMBITO		ASSL	
AMBITO		ASSL		AMBITO		ASSL	
AMBITO		ASSL		AMBITO		ASSL	
AMBITO		ASSL		AMBITO		ASSL	
AMBITO		ASSL		AMBITO		ASSL	
AMBITO		ASSL		AMBITO		ASSL	

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/00:

DICHIARA

- di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università di in data con voto ____/____;
- di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale, conseguita in data ____/____/____;
- di essere iscritto/a all'Albo Professionale dell'Ordine dei Medici della Provincia di _____, dal ____/____/____;
- di frequentare: ☐ il terzo anno ☐ il secondo anno ☐ il primo anno
del corso di formazione specifica in medicina generale relativo al triennio ____/____/____ istituito presso la **Regione Sardegna** – data di inizio della frequenza del corso: _____.

– **Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo di posta elettronica certificata intestato al sottoscritto:**

Data _____

firma per esteso _____

Allega alla presente, **a pena di nullità**, unitamente alla copia fotostatica del documento di identità, la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà
atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico di cui all'articolo 34, dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale.

allegati n. _____ (_____) documenti.

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente in materia, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche
con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma per esteso _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto/a
 nato/a aprov.il

 residente aprov.

 Vian.CAP
 ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

D I C H I A R A

- 39) 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;
- 40) essere/non essere * titolare di incarico di assistenza primaria presso l'Area socio sanitaria locale di ambito territoriale di;
- 41) essere/non essere * titolare di incarico come medico specialista pediatra di libera scelta presso l'Area socio sanitaria locale di ambito territoriale di;
- 42) essere/non essere * titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:
 A.S.S.L. branca ore settimanali;
 A.S.S.L. branca ore settimanali;
- 43) essere/non essere * iscritto negli elenchi dei medici specialisti preaccreditati esterni:
 provincia branca dal;
- 44) essere/non essere * titolare di incarico a tempo determinato o indeterminato di continuità assistenziale o emergenza sanitaria territoriale nella Regione Azienda ore settimanali;
- 45) essere/non essere * iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al decreto legislativo n. 256/91 o a corsi di specializzazione di cui al decreto legislativo n. 257/91 e corrispondenti norme del decreto legislativo n. 368/99:
 denominazione del corso soggetto che lo svolge inizio dal;
- 46) operare/non operare * a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le A.S.S.L. ai sensi dell'art. 8 quinquies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:
 organismo ore settimanali comune tipo di attività tipo di lavoro dal;
- 47) 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 legge n.833/78:
 organismo ore settimanali comune tipo di attività tipo di rapporto di lavoro dal;
- 48) svolgere/non svolgere * funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della legge n.626/93: Azienda ore settimanali al;
- 49) svolgere/non svolgere * per conto dell'INPS o dell'A.S.S.L. di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito del quale può acquisire scelte: A.S.S.L. comune dal;
- 50) avere/non avere * qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: dal;
- 51) 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;

- 52) fruire/non fruire * del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14 ottobre 1976 del Ministero del lavoro e della previdenza sociale: dal;
- 53) svolgere/non svolgere * altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate: tipo di attività dal;
- 54) essere/non essere * titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate: Azienda..... tipo di attività ore settimanali dal;
- 55) 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;
- 56) essere/non essere * titolare di trattamento di pensione: dal;
- 57) 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 ⁷.

Data

Firma ⁸

* **Cancellare la voce che non interessa**

⁷ **Ai sensi dell'art. 76, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000 "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".**

⁸ **La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore. (art. 38 del DPR 445/00).**

6)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA
PRIMARIA A RUOLO UNICO ANNUALITA' 2025

BOLLO € 16

(medici ai sensi dell'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35
convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60)

ARES SARDEGNA

incarichimedecinagenerale@pec.aressardegna.itn. identificativo della marca da bollo
nr. _____Il sottoscritto/a Dr. nato/a a il
residente a prov. Via n.
CAP tel. cell.

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 34 dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale reso esecutivo con l'intesa Stato-Regioni
del 4 aprile 2024, di assegnazione degli incarichi vacanti per l'assistenza primaria a RUOLO UNICO pubblicati sul Bollettino Ufficiale della
Regione Autonoma della Sardegna n. del, e segnatamente per i seguenti ambiti:

AMBITO		ASSL		AMBITO		ASSL	
AMBITO		ASSL		AMBITO		ASSL	
AMBITO		ASSL		AMBITO		ASSL	
AMBITO		ASSL		AMBITO		ASSL	
AMBITO		ASSL		AMBITO		ASSL	
AMBITO		ASSL		AMBITO		ASSL	
AMBITO		ASSL		AMBITO		ASSL	

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76
del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/00:

DICHARA

5. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università
di in data con voto ____/____;
6. di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio professionale, conseguita in data ____/____/____;
7. di essere iscritto/a all'Albo Professionale dell'Ordine dei Medici della Provincia di _____,
dal ____/____/____;
8. di frequentare: ☐ il terzo anno ☐ il secondo anno ☐ il primo anno
del corso di formazione specifica in medicina generale relativo al triennio ____/____/____ istituito
presso la **Regione Sardegna** – data di inizio della frequenza del corso: _____.

– Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo di posta elettronica
certificata intestato al sottoscritto:

Data _____

firma per esteso _____

Allega alla presente, **a pena di nullità**, unitamente alla copia fotostatica del documento di identità, la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà
atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico di cui all'articolo 34, dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale.

allegati n. _____ (_____) documenti.

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente in materia, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche
con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data _____

Firma per esteso _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto/a
 nato/a aprov.il

 residente aprov.

 Vian.CAP
 ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, recante il testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

D I C H I A R A

- 58) 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;
- 59) essere/non essere * titolare di incarico di assistenza primaria presso l'Area socio sanitaria locale di ambito territoriale di;
- 60) essere/non essere * titolare di incarico come medico specialista pediatra di libera scelta presso l'Area socio sanitaria locale di ambito territoriale di;
- 61) essere/non essere * titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:
 A.S.S.L. branca ore settimanali;
 A.S.S.L. branca ore settimanali;
- 62) essere/non essere * iscritto negli elenchi dei medici specialisti preaccreditati esterni:
 provincia branca dal;
- 63) essere/non essere * titolare di incarico a tempo determinato o indeterminato di continuità assistenziale o emergenza sanitaria territoriale nella Regione Azienda ore settimanali;
- 64) essere/non essere * iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al decreto legislativo n. 256/91 o a corsi di specializzazione di cui al decreto legislativo n. 257/91 e corrispondenti norme del decreto legislativo n. 368/99:
 denominazione del corso soggetto che lo svolge inizio dal;
- 65) operare/non operare * a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le A.S.S.L. ai sensi dell'art. 8 quinquies del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni:
 organismo ore settimanali comune
 tipo di attività tipo di lavoro dal;
- 66) 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 legge n.833/78:
 organismo ore settimanali comune tipo di attività tipo di rapporto di lavoro dal;
- 67) svolgere/non svolgere * funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della legge n.626/93: Azienda ore settimanali al;
- 68) svolgere/non svolgere * per conto dell'INPS o dell'A.S.S.L. di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito del quale può acquisire scelte: A.S.S.L. comune dal;
- 69) avere/non avere * qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: dal;
- 70) 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;

- 71) fruire/non fruire * del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14 ottobre 1976 del Ministero del lavoro e della previdenza sociale:
dal
- 72) svolgere/non svolgere * altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate:
tipo di attività dal
- 73) essere/non essere * titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate:
Azienda..... tipo di attività ore settimanali
..... dal
- 74) 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
- 75) essere/non essere * titolare di trattamento di pensione:
dal
- 76) 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 ⁹.

Data

Firma ¹⁰

* **Cancellare la voce che non interessa**

⁹ **Ai sensi dell'art. 76, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000 "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".**

¹⁰ **La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore. (art. 38 del DPR 445/00).**

Informazioni agli utenti

A partire dal 1° aprile 2012, il Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma della Sardegna (BURAS) è pubblicato esclusivamente in forma digitale, a seguito delle disposizioni della legge n. 69/2009 integrata dalla legge n. 25/2010, con le quali vengono meno gli obblighi di pubblicazione cartacea degli atti, intendendosi assolti dalla pubblicazione digitale.

Da tale data, è venuta pertanto meno ogni forma di abbonamento.

La consultazione del BURAS sul sito internet della Regione è libera e gratuita, nel rispetto dei principi di autenticità, integrità degli atti e conservazione dei documenti ai sensi del d.lgs. n. 82/2005 - Codice dell'Amministrazione digitale - e dell'art. 32 della legge 69/2009, con effetto di pubblicità legale delle leggi regionali, dei regolamenti e di tutti gli atti in esso pubblicati.

Il Bollettino è istituito dalla legge regionale n. 3 del 1° febbraio 2012 (Pubblicata nel Bollettino ufficiale della Regione Sardegna n. 7 del 16 febbraio 2012). All'art. 5, sono indicate le modalità e i termini di pubblicazione. La pubblicazione degli atti nel BURAS ha valore legale (art. 1, commi 3 e 4).

Il BURAS è pubblicato il giovedì di ogni settimana. In caso di urgenza o necessità è prevista la pubblicazione di edizioni extra (esclusa la Parte III) in qualunque altro giorno.

Avvisi agli inserzionisti

La pubblicazione di atti, avvisi e comunicati avviene, di norma, entro quindici giorni dalla ricezione della richiesta di pubblicazione. Per inserzioni complesse o particolarmente voluminose i termini devono essere concordati con la Redazione.

I testi degli atti da pubblicare devono pervenire alla Redazione esclusivamente tramite il servizio telematico che è disponibile attraverso accesso riservato al portale <http://buras.regione.sardegna.it>

Modalità di pubblicazione e costi di inserzione

- la pubblicazione è effettuata di norma nel testo integrale. il richiedente è tenuto a specificare la normativa che prescrive la pubblicazione;
- la pubblicazione per estratto è eseguita solo su istanza, e previa predisposizione del testo in tale forma, da parte del soggetto richiedente;
- la pubblicazione degli atti di enti o amministrazioni prevista obbligatoriamente per disposizione normativa o regolamentare è effettuata senza oneri per i richiedenti. Anche in tale ipotesi è necessario indicare la norma che la rende obbligatoria;
- la procedura telematica determina, nelle ipotesi di pubblicazione non obbligatoria, durante il caricamento delle inserzioni una stima della spesa. Nel momento in cui la redazione approva la richiesta di pubblicazione viene notificato sia attraverso e-mail sia a sistema l'importo da versare;
- il pagamento va effettuato in forma anticipata rispetto alla pubblicazione
- per le richieste di pubblicazione soggette ad imposta di bollo, dovrà essere trasmesso per email a pres.buras@regione.sardegna.it, in formato digitale e opportunamente firmato, il modulo di annullamento della marca da bollo. Non è consentito il pagamento dell'imposta attraverso la piattaforma PagoPa, in quanto utilizzabile esclusivamente per il pagamento del costo dell'inserzione;
- il calcolo della spesa di pubblicazione è determinato in base al numero complessivo dei caratteri, spazi, simboli di interlinea, ecc. che compongono il testo; è previsto un costo fisso di 5,16 € al quale vanno sommati 0,02 € per ogni carattere, spazio, simbolo di interlinea inserito;
- gli allegati "possono" essere utilizzati per la trasmissione di tabelle, mappe, planimetrie o immagini. La redazione si riserva la possibilità di non accettare contenuti non riconducibili a queste tipologie.
- per i contenuti trasmessi come allegato il costo è proporzionale all'ingombro all'interno della pagina; il costo di una pagina formato A4 è fissato in 30 €.

Pagamenti

Dal 1 marzo 2021 i versamenti relativi alle inserzioni sul BURAS dovranno essere effettuati esclusivamente con pagamento elettronico - pagoPA - collegandosi all'indirizzo: <https://pagopa.regione.sardegna.it>

Gli Enti soggetti al sistema di Tesoreria Unica devono operare esclusivamente con la modalità di pagamento girofondi (L. 27/2012).

Si dà corso alla pubblicazione solo previa trasmissione di copia della attestazione/ricevuta di pagamento alla Presidenza della Regione – Direzione generale della Presidenza – Servizio Comunicazione – Viale Trento 69 – 09123 Cagliari - tramite scansione o immagine leggibile da inviare via e-mail a pres.buras@regione.sardegna.it e notifica a sistema del pagamento, accedendo alla pratica presente nell'Area Servizi "Inserzioni precedenti" e selezionando l'inserzione presente nella sezione "Da pagare"

Prezzo Unitario Fascicolo cartacei

Per la consegna di copie stampate del Bollettino Ufficiale sarà richiesto il prezzo di € 30,00 per fascicoli con numeri di pagine sino a 100. Per fascicoli con numero di pagine superiore è dovuto, in aggiunto al prezzo di € 30,00, l'importo di € 0,15 per ogni pagina in più. I suddetti prezzi non comprendono le spese di spedizione o consegna.

Requisiti formali di testi ed allegati da pubblicare:

- Forma integrale o per estratto (se espressamente richiesto e previa predisposizione del testo in tale forma dall'inserzionista);
- Inserimento nel testo di un unico atto o avviso per volta;
- I documenti allegati (tabelle ed immagini) possono essere composti da più pagine in un unico PDF, o da più immagini in uno dei seguenti formati: JPG, TIFF, PNG; possibilmente a minimo 150 DPI con dimensioni massime A4 (21 x 27 cm).
- Suggerimenti per il contenuto:
- Utilizzo del carattere Arial, corpo 10;
- Carrello di ogni paragrafo impostato "da margine a margine", ovvero senza rientri;
- Impostazione a "zero" della spaziatura prima e dopo ogni paragrafo;
- Interlinea singola;

Contatti

Per maggiori informazioni è possibile consultare i manuali disponibili nella sezione "Documentazione" del sito internet

Eventuali chiarimenti possono essere richiesti alla Redazione BURAS, ai seguenti contatti:

Redattori: +39 070 606 4436 – 7193 – 6776 **Caporedattore:** +39 070 606 2084 (Parte I-II, III e Supplementi)

Direttore: +39 070 606 2486

ovvero al seguente indirizzo email: pres.buras@regione.sardegna.it