

ALLEGATO A)



All'Azienda ULSS n. 9 Scaligera
Via della Valverde 42 - 37122 Verona
PEC protocollo.aulss9@pecveneto.it

Alla C.A. UO Medicina Convenzionata

DOMANDA DI ISCRIZIONE NELLA GRADUATORIA AZIENDALE DI MEDICI DISPONIBILI AL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO O ALL'AFFIDAMENTO DI SOSTITUZIONI NELL'AMBITO DELLA MEDICINA GENERALE (RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA E AD ATTIVITA' ORARIA, COMPRESI INCARICHI PROVVISORI PRESSO GLI ISTITUTI PENITENZIARI) – ANNO 2026.

Il/La

sottoscritto/a

dott./dott.ssa

CHIEDE

di essere iscritto nella **graduatoria aziendale unica per l'anno 2026** di medici aspiranti al conferimento di

A) incarichi a tempo determinato o affidamento di sostituzioni nell'ambito dell'assistenza primaria per il/i settore/i di seguito indicati:

medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria e/o a ciclo di scelta (medici iscritti nella graduatoria regionale, medici che abbiano conseguito il titolo in formazione specifica in medicina generale, medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Veneto salvo per le sostituzioni)

medico del ruolo unico di Assistenza Primaria a ciclo di Scelta [APS] (medici iscritti all'albo professionale)

medico del ruolo unico di Assistenza Primaria ad attività Oraria [APO] (medici iscritti all'albo professionale e medici iscritti ai corsi di specializzazione)

B) incarichi a tempo determinato, provvisori e di sostituzione:

presso gli Istituti Penitenziari (medici iscritti nella graduatoria regionale, medici che abbiano conseguito il titolo in formazione specifica in medicina generale, medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione Veneto salvo per le sostituzioni; medici iscritti all'albo professionale e medici iscritti ai corsi di specializzazione).

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 e s.m.i., consapevole delle sanzioni previste in caso di dichiarazioni non veritiere dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.

DICHIARA

1) di essere nato/a a prov.

il , Codice fiscale

;

2) di essere cittadino ;

3) di essere residente a prov.

, via n. CAP

, tel. , e-mail ,

PEC

;

4) di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso

l'Università degli Studi di in data

con voto ; per titoli conseguiti all'estero riportare gli

estremi del provvedimento di riconoscimento

5) di essere abilitato all'esercizio della professione medica presso l'Università di

dal

;

6) di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di

al n°

dal e di **avere** **non avere** (*barrare la voce che interessa*) procedimenti disciplinari in corso;

7) di non fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministero del lavoro e della previdenza sociale;

8) di non fruire del trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente (tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM o che fruiscano dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP), di cui all'allegato 5) del vigente ACN);

9) di essere non essere (*barrare la voce che interessa*) inserito nella graduatoria della Regione del Veneto per la medicina generale valida per l'anno 2026 con punteggio ;

10) di essere non essere in possesso (*barrare la voce che interessa*) del diploma di formazione specifica in medicina generale di cui al D.Lgs n. 368/99 e smi. Se affermativo, conseguito presso:

Regione Veneto, il ;

altra Regione (*specificare*) , il ;

11) di essere non essere iscritto (*barrare la voce che interessa*) al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al D.Lgs n. 368/99 e smi. Se affermativo: anno di frequenza (1°, 2° 3° anno) e data effettiva di inizio corso , in qualità di (*barrare la voce che interessa*):

ordinario

soprannumerario (ex L. 401/2000),

avviso riservato (ex DL n. 35/2019 convertito in L. n. 60/2019, cd. Decreto Calabria),

presso:

Regione Veneto,

altra Regione (*specificare*) ;

12) di essere non essere in possesso (barrare la voce che interessa) del Diploma di specializzazione in

conseguito presso l'Università degli Studi di ,

in data ;

13) di essere non essere iscritto (barrare la voce che interessa) al corso di specializzazione in

dal presso l'Università degli Studi di

;

14) di aver riportato di non aver riportato condanne penali contro la pubblica amministrazione (codice penale libro II, titolo II es: peculato, concussione, corruzione ecc.)

In caso affermativo, specificare gli estremi della sentenza

;

15) di aver riportato di non aver riportato altre condanne penali contro la pubblica amministrazione

In caso affermativo, specificare gli estremi della sentenza

16) di essere di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa

In caso affermativo, specificare gli estremi della sentenza

17) di essere di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali (es. certificazione carichi pendenti positivi, notifica avviso conclusioni indagini preliminari ex art. 415 bis c.p.c.)

In caso affermativo, specificare il procedimento

Nonché il Tribunale presso cui pende il medesimo

18) di avere non avere riportato (*barrare la voce che interessa*) condanne per i reati di cui agli articoli del codice penale 600 bis – Prostituzione minorile; 600 ter – Pornografia minorile; 600 quater – Detenzione di materiale pornografico; 600 quinquies – Iniziative turistiche volte allo sfruttamento della prostituzione minorile; 609 undecies – Adescamento di minorenni;

19) di avere non avere (*barrare la voce che interessa*) subito provvedimenti di revoca o decadenza del rapporto convenzionale. In caso affermativo specificare la data di irrogazione effettiva della sanzione o la data di decadenza del rapporto convenzionale ;

20) di essere non essere (*barrare la voce che interessa*) in possesso della patente di guida di categoria B o superiore rilasciata da
valida fino al ;

21) di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali;

22) altro:

In caso di invio a mezzo PEC
compilare obbligatoriamente quanto di seguito

DICHIARA INOLTRE

23) di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00; a comprova indica i seguenti dati della marca da bollo utilizzata:



data e ora di emissione



IDENTIFICATIVO n.

24) di aver apposto la marca da bollo sulla presente domanda e di aver **annullato** la stessa mediante apposizione della sottoscrizione o della data parte sulla marca e parte sul foglio

e **si impegna** a conservare l'originale della domanda per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione.

Il/La sottoscritto/a dichiara altresì di essere consapevole che eventuali incompatibilità ai sensi dell'art. 21 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 04/04/2024 e/o conflitti di interesse dovranno essere rimossi con contestuale comunicazione all'Azienda prima della data di decorrenza dell'incarico, pena la decadenza immediata dall'incarico stesso.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che dovesse modificare la propria posizione come sopra segnalata (compresa l'annualità di iscrizione al corso di formazione specifica in medicina generale).

NOTE:

data

firma _____

Allegato: fotocopia leggibile di un documento d'identità in corso di validità.