



U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale- Medicina Convenzionata AV2

Per info, contattare [specialisticaamban.av2@sanita.marche.it](mailto:specialisticaamban.av2@sanita.marche.it)

Prot. n. 199316/1/12/2021/ASURAV2/AV2DATMC/P

**AVVISO DI PUBBLICAZIONE ORE DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE VACANTI  
IN AV2 (Art.20 ACN 20/05/2021)  
PERIODO 01-15 DICEMBRE 2021**

In relazione alle comunicazioni pervenute dai Distretti di Senigallia, Jesi, Fabriano, Ancona e dall'ente INRCA ed in conformità a quanto stabilito dall'art. 20 ACN/2021, questa Area Vasta pubblica i turni vacanti di specialistica ambulatoriale e medicina veterinaria allegati al presente avviso.

L'attribuzione dei turni disponibili a tempo indeterminato è riservata alle categorie di cui all'art. 21 comma 2 dell' Acn 2021, dalla lettera a alla lettera j, tenuto conto dei vincoli di prelazione e dei criteri di graduazione previsti dal successivo comma 3.

L'attribuzione dei turni disponibili a tempo determinato è riservata, invece, alle categorie di cui all'art. 22. Gli incarichi saranno assegnati nel rispetto di quanto previsto dall'art. 27 ACN/2021 e le eventuali situazioni di incompatibilità che dovessero manifestarsi a carico dello specialista, dovranno essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso (Art. 27 c. 2).

Qualora gli aspiranti svolgano invece altri incarichi valutati compatibili e per i quali l'impegno orario settimanale - sommato alle ore d'incarico richieste - superi il massimale orario consentito di cui all' art. 28 Acn. 2021, dovrà essere specificato nella domanda l'attività che si dichiara voler interrompere o le ore di incarico disponibili a ridurre.

I medici interessati dovranno inviare la domanda - **specificando, in ordine di preferenza, i turni ai quali sono interessati - dal 01 al 15 DICEMBRE 2021** a mezzo Raccomandata A/R o Posta Elettronica Certificata, indirizzata a:

- **ASUR-AREA VASTA 2 – ANCONA - U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE Medicina Convenzionata – Via C. Colombo, 106 (ex CRASS) – 60127 ANCONA** (il rispetto del termine dovrà risultare esclusivamente dal timbro postale applicato sulla raccomandata);
- **PEC: [areavasta2.asur@emarche.it](mailto:areavasta2.asur@emarche.it).**

Si raccomanda di utilizzare lo schema della domanda disponibile sul sito internet ASUR-AV2- Medicina Convenzionata alla pagina "AVVISI" poiché, eventuali dichiarazioni di disponibilità presentate tramite modello non conforme a quello indicato, non verranno prese in considerazione.

Si raccomanda inoltre (nel caso si utilizzi la Pec) di inserire il seguente oggetto al momento dell' invio:  
MSA – PUBBLICAZIONI ORE VACANTI 12/21 – BRANCA..... – NOME e COGNOME

Si procede inoltre, con la presente, alla pubblicazione di turni vacanti della specialistica a tempo indeterminato ai sensi e per gli effetti di quanto previsto all'art.20, c.5 ACN 20/5/2021. Il Medico interessato alla specifica selezione dovrà trasmettere (preferibilmente via Pec) la documentazione idonea a comprovare il possesso delle capacità professionali richieste allegandola alla domanda, pena la mancata possibilità di valutazione del possesso dei requisiti specifici.

**IL DIRIGENTE**

Dott.ssa *Mariella Cardinaletti*

N.B: il documento si compone di n. 2 allegati:

Allegato n. 1: modulo da compilare per manifestare disponibilità all'assegnazione di ORE DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE VACANTI per l'assegnazione A TEMPO INDETERMINATO e per l'incarico pubblicato ai sensi dell'Art. 20 comma 5;

Allegato n. 2: modulo da compilare per manifestare disponibilità all'assegnazione di ORE DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE VACANTI per l'assegnazione A TEMPO DETERMINATO;

Azienda Sanitaria Unica Regionale

Sede Legale: via Oberdan 2 – 60100 ANCONA – Codice Fiscale/ Partita IVA 02175860424

Area Vasta n.2

Sede amministrativa: Via Turati , 51 – 60044 Fabriano (AN)



**ORE DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE VACANTI**  
**per l'assegnazione A TEMPO INDETERMINATO**

**(art. 20-21 ACN/2021)**

**Periodo 01- 15 DICEMBRE 2021**

**Dichiarazione di disponibilità da inviare mezzo PEC o Raccomandata A.R.**

SERVIZIO UMEE

Branca di **Neuropsichiatria  
Infantile**

n. 72 ore sett.li così suddivise:

- n. 13 ore sett.li UMEE **Osimo** (Distretto di Ancona);
- n. 13 ore sett.li UMEE **Castelfidardo** (Distretto di Ancona);
- n. 8 ore sett.li UMEE **Senigallia** (Distretto di Senigallia);
- n. 38 ore sett.li UMEE **Fabriano** (Distretto di Fabriano).

Branca di **Geriatrica**

n. 21 ore presso il Distretto di Fabriano.

Branca di **Cardiologia**

n. 25 ore sett.li così suddivise:

- n. 21 ore sett.li – sede di **Sassoferrato** (Distretto di Fabriano);
- n. 4 ore sett.li - **Casa Circondariale di Montacuto di Ancona** – Medicina Penitenziaria (Distretto di Ancona).

Branca di **Ortopedia**

n. 12 ore 30' così suddivise:

- n. 2 ore 30' ore settimanali - sede di **Cupramontana** (Distretto di Jesi);
- n. 3 ore settimanali - sede di **Montecarotto** (Distretto di Jesi);
- n. 2 ore settimanali - sede di **Chiaravalle** (Distretto di Ancona);
- n. 5 ore settimanali - Distretto di **Senigallia**

Branca di **Pediatria**

n. 20 ore sett.li così distribuite:

- n. 10 ore sett.li presso sede di **Sassoferrato** (Ospedale di Comunità Distretto di Fabriano);
- n. 10 ore sett.li presso U.O. **Pediatria Ospedale Fabriano**.

Branca di **Ostetricia e Ginecologia**

n. 77 ore sett.li così suddivise:

- n. 5 ore sett.li – sede di **Cingoli** (Distretto di Jesi);
- n. 4 ore sett.li – sede **Filottrano** (Distretto di Jesi);
- n. 4 ore sett.li sede **Moje** (Distretto di Jesi);
- n. 7 ore sett.li sede **Cupramontana** (Distretto di Jesi);
- n. 2 ore sett.li sede **Montecarotto** (Distretto di Jesi);
- n. 29 ore sett.li sede Distretto di **Fabriano**;
- n. 5 ore sett.li sede di **Montemarciano** (Distretto di Ancona);
- n. 5 ore sett.li sede di **Polverigi** (Distretto di Ancona);
- n. 16 ore sett.li sede di **Chiaravalle** (Distretto di Ancona).

Branca di **Otorinolaringoiatria**

n. 10 ore sett.li presso **INRCA Osimo**.

Branca di **Medicina dello Sport**  
(Distretto di Ancona)

n. 10 ore e 30' sett.li così suddivise:

- n. 3 ore e 45' presso la sede di **Osimo**;
- n. 2 ore e 15' presso la sede di **Camerano**;
- n. 4 ore e 30' presso la sede di **Loreto**.

Branca di **Diabetologia**

n. 28 ore sett.li (Distretto di **Fabriano**).

Branca di **Odontoiatria**

n. 10 ore sett.li così suddivise:

- 8 ore sett.li per la **Casa Circondariale di Montacuto**
- 2 ore sett.li per la **Casa di Reclusione di Barcaglione**

**Azienda Sanitaria Unica Regionale**

*Sede Legale:* via Oberdan 2 – 60100 ANCONA – Codice Fiscale/ Partita IVA 02175860424

**Area Vasta n.2**

*Sede amministrativa:* Via Turati, 51 – 60044 Fabriano (AN)



Branca di <b>Dietologia e Scienza dell' Alimentazione</b> (Distretto di Ancona)	n. <b>20</b> ore sett.li così suddivise: <ul style="list-style-type: none"><li>• n. 10 ore sett.li presso <b>Poliambulatorio 2000</b>;</li><li>• n. 10 ore sett.li presso <b>Falconara</b>.</li></ul>
Branca di <b>Chirurgia</b>	n. <b>28</b> ore sett.li così suddivise: <ul style="list-style-type: none"><li>• n.4 ore sett.li presso <b>Poliambulatorio di Via Guerri</b> (Distretto di Jesi);</li><li>• n.4 ore sett.li presso Ambulatorio di <b>Cupramontana</b> (Distretto di Jesi);</li><li>• n.4 ore sett.li presso Ambulatorio di <b>Moie</b> (Distretto di Jesi);</li><li>• n. 16 ore sett.li presso Distretto di <b>Senigallia</b>.</li></ul>
Branca di <b>Pneumologia</b>	n. <b>18</b> ore sett.li così suddivise: <ul style="list-style-type: none"><li>• n. 5 ore sett.li presso Distretto di <b>Senigallia</b>;</li><li>• n. 13 ore sett.li presso Distretto di <b>Fabriano</b>.</li></ul>
Branca di <b>Oculistica</b>	n. <b>9 ore e 30'</b> ore sett.li presso l'ambulatorio di <b>Falconara</b> (Distretto di Ancona).
Branca di <b>Dermatologia</b>	n. <b>2</b> ore sett.li presso Distretto di <b>Senigallia</b>

**ORE DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE VACANTI**  
**per l'assegnazione A TEMPO INDETERMINATO**  
**(ART.20, COMMA 5 ACN 20/5/2021)**

Branca di <b>Odontoiatria</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• n. 25 ore sett.li – Ospedale -Territorio/Distretto di Jesi</li></ul>
-------------------------------	--

*L'accesso alla selezione per le n.25 ore di Odontoiatria è riservata ai medici odontoiatri in possesso di particolari capacità professionali nell'ambito della Chirurgia Orale, desumibile da un'esperienza professionale continuativa di almeno due anni, svolta nella branca in oggetto e, preferibilmente, in ambiente ospedaliero pubblico, comprovata da adeguato relativo curriculum formativo professionale e documentata dal possesso di titoli accademici quali titoli qualificanti nella materia suddetta.*

*La valutazione dell'esperienza chirurgica adeguata alle esigenze connesse all'attribuzione dell'incarico, dovrà essere effettuata secondo la procedura prevista dall'art. 20 c. 5 del vigente Acn, con selezione per titoli da parte di un'apposita Commissione Tecnica Aziendale, costituita da esperti designati dal Comitato Zonale Av2.*



**ORE DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE**  
**per l'assegnazione A TEMPO DETERMINATO**  
**(art. 20-22 ACN/2021)**  
**Periodo 01-15 DICEMBRE 2021**

**Dichiarazione di disponibilità da inviare con Raccomandata A/R o PEC**

.....

Branca di **Fisiatria** n. **14** ore sett.li per la durata di quattro mesi a partire da Gennaio 2022 (eventualmente  
(causa impossibilità rinnovabile), così suddivisi:  
del titolare ad iniziare n. 6 ore sett.li **Camerano** (per visite fisiatriche domiciliari su territori limitrofi);  
l'incarico) n. 4 ore sett.li **Chiaravalle**;  
n. 4 ore sett. li - **Casa Circondariale di Montacuto di Ancona** (Medicina Penitenziaria).

Branca di **Ostetricia e** n. **10** ore sett.li per 6 mesi (eventualmente rinnovabile) presso Distretto di Senigallia.  
**Ginecologia**

**Azienda Sanitaria Unica Regionale**

*Sede Legale:* via Oberdan 2 – 60100 ANCONA – Codice Fiscale/ Partita IVA 02175860424

**Area Vasta n.2**

*Sede amministrativa:* Via Turati , 51 – 60044 Fabriano (AN)



**Allegato n. 1**

**Racc. A.R. o PEC**

**ALL'AREA VASTA 2  
U.O.C. DAT -  
MEDICINA CONVENZIONATA**  
Via C. Colombo 106 (ex CRASS)  
60127 **A N C O N A**

**Dichiarazione di disponibilità per l'assegnazione delle ore vacanti a  
tempo indeterminato (art. 21 ACN/2021)  
PERIODO 01-15 DICEMBRE 2021**

Il/La sottoscritto/a Dott.(ssa) \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_, in Via  
\_\_\_\_\_, cell. \_\_\_\_\_, tel. fisso \_\_\_\_\_, specialista nella  
branca di \_\_\_\_\_, data laurea \_\_\_\_\_ data di specializzazione \_\_\_\_\_, indirizzo  
mail \_\_\_\_\_, Pec \_\_\_\_\_,

**Dichiara**

la propria **disponibilità** al conferimento di incarico **a tempo indeterminato** per i turni di  
seguito indicati e pubblicati dall' Area Vasta 2, nel periodo **01-15 DICEMBRE 2021:**

- a) n. ore \_\_\_\_\_ branca di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
b) n. ore \_\_\_\_\_ branca di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
c) n. ore \_\_\_\_\_ branca di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
d) n. ore \_\_\_\_\_ branca di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
e) n. ore \_\_\_\_\_ branca di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
f) n. ore \_\_\_\_\_ branca di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

**N.B.:** le lettere rappresentano l'ordine di preferenza in caso di assegnazione

E, dal momento che svolge altre ore di incarico\* che sommate a quelle richieste superano il  
massimale orario consentito, DICHIARA che intende rinunciare a n. \_\_\_\_\_ ore sett.li di incarico  
espletato presso \_\_\_\_\_.

Comunica, inoltre, che attualmente presta servizio\* presso la struttura  
\_\_\_\_\_.

\* come servizio si intendono tutti i tipi di incarico, inclusi incarichi di sostituzione, a tempo  
determinato e provvisori.

**N.B.:** i punti di prelazione sotto riportati, sono quelli di cui all'art. 21 dell' ACN vigente per la  
Specialistica Ambulatoriale e medicina Veterinaria. L' ordine degli stessi, costituisce vincolo di  
prelazione. Uno specialista, nonostante possa collocarsi in più punti dell'ordine, deve  
obbligatoriamente sceglierne uno, presumibilmente il più valido.

DICHIARA, altresì, di essere:

- titolare di incarico a tempo indeterminato nell' Area Vasta 2 - Distretto di \_\_\_\_\_, per n. ore \_\_\_\_\_, o titolare di incarico a tempo indeterminato presso la sede INAIL di Ancona e SASN di Ancona, per n. ore \_\_\_\_\_, con anzianità d'incarico dal \_\_\_\_\_ (Art. 21, comma 2, lett.a);
- titolare di incarico a tempo indeterminato nell'Area Vasta n. \_\_\_\_\_ della Regione Marche o nella ASL di \_\_\_\_\_ della Regione confinante \_\_\_\_\_, per n. ore \_\_\_\_\_, con anzianità d'incarico dal \_\_\_\_\_, o titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali INAIL e SASN ubicate nell'ambito zonale dell'Area Vasta n. \_\_\_\_\_ della Regione o di altra Regione confinante per n. ore \_\_\_\_\_, con anzianità d'incarico dal \_\_\_\_\_ (Art. 21, comma 2, lett.b);
- titolare di incarico a tempo indeterminato nella ASL o nella sede provinciale INAIL/SASN di \_\_\_\_\_ della Regione non confinante \_\_\_\_\_, per n. ore \_\_\_\_\_, con anzianità d'incarico dal \_\_\_\_\_ che faccia richiesta di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità (Art. 21, comma 2, lett. c);
- titolare di incarichi a tempo indeterminato in branche diverse \_\_\_\_\_, che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dal presente accordo presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ per n. ore \_\_\_\_\_, e chiede di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore di incarico (Art. 21, comma 2, lett. d);
- titolare di incarico a tempo indeterminato che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dall'ACN/2021, nella branca di \_\_\_\_\_ per n. ore \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ e chiede il passaggio in altra branca della quale è in possesso del titolo di specializzazione (Art. 21, comma 2, lett. e);
- titolare di incarico a tempo indeterminato nell'Area Vasta 2 che svolga la seguente attività compatibile \_\_\_\_\_ e nel rispetto del massimale orario (Art. 21, comma 2, lett. f);
- titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa \_\_\_\_\_ per n. ore \_\_\_\_\_ limitatamente a coloro a cui si applica l'ACN/2021 (Art. 21, comma 2, lett. g);
- specialista iscritto nella graduatoria dei Medici Specialisti Ambulatoriali dell'Area Vasta 2, valida per l'anno 2021 per la branca di \_\_\_\_\_ nella posizione n. \_\_\_\_\_ (Art. 21, comma 2, lett. h). L' accettazione dell'incarico comporta la cancellazione dalla graduatoria valida per l' anno in corso);
- specialista in possesso dei requisiti di cui all' art.19 ACN/2021 ma non ancora iscritto nella graduatoria vigente (art.21, comma 2, lett. i).  
 Dichiaro, a tal fine:
  - 1) di essere iscritto all' Albo..... n. ....;
  - 2) di aver conseguito la specializzazione in ..... in data .....
- titolare di incarico a tempo indeterminato in qualità di (Art. 21, comma 2, lett. j):
  - medico di medicina generale presso \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_;
  - medico specialista pediatra di libera scelta presso \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_;
  - medico dipendente del SSN presso \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_;

disponibile a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro.



Allega alla presente **copia di un valido documento di identità e copia compilata e firmata dell'Allegato B.**

Consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o di produzione di atti falsi o contraffatti è perseguibile personalmente, come prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000, dichiara che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero.

---

(data)

---

(firma)



**Allegato n. 2**

Racc. A.R. o PEC

**ALL'AREA VASTA 2**  
**U.O.C. DAT -**  
**MEDICINA CONVENZIONATA**  
Via C. Colombo 106 (ex CRASS)  
60127 **ANCONA**

**Dichiarazione disponibilità ore a tempo determinato**  
*(art. 22 ACN/2021)*  
**PERIODO 01-15 DICEMBRE 2021**

Il/La sottoscritto/a Dott.(ssa) \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_, in Via  
\_\_\_\_\_, cell. \_\_\_\_\_, tel. fisso \_\_\_\_\_, specialista nella  
branca di \_\_\_\_\_, data laurea \_\_\_\_\_ data di specializzazione \_\_\_\_\_, indirizzo  
mail \_\_\_\_\_, Pec \_\_\_\_\_,

**Dichiara**

la propria **disponibilità** al conferimento di incarico **a tempo determinato** per i turni di seguito  
indicati e pubblicati dall' Area Vasta 2, nel periodo **01-15 DICEMBRE 2021**:

- a) n. ore \_\_\_\_\_ branca di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
b) n. ore \_\_\_\_\_ branca di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
c) n. ore \_\_\_\_\_ branca di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
d) n. ore \_\_\_\_\_ branca di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
e) n. ore \_\_\_\_\_ branca di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
f) n. ore \_\_\_\_\_ branca di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

**N.B:** le lettere rappresentano l'ordine di preferenza in caso di assegnazione

A tal fine dichiara di:

- essere iscritto nella graduatoria dei medici specialisti ambulatoriali dell'Area Vasta n.2 valida per l'anno 2021, Branca di \_\_\_\_\_, nella posizione n. \_\_\_\_\_ (Art. 22, Comma 2);
- non essere iscritto nella graduatoria dei medici specialisti ambulatoriali dell'Area Vasta n.2 valida per l'anno 2021, Branca di \_\_\_\_\_, (Art22, comma 3);
- svolgere altri incarichi a tempo determinato e/o di sostituzione valutati compatibili con l'attività per cui si manifesta disponibilità, il cui impegno orario sett.le sommato a quello richiesto supera il massimale orario consentito, e perciò intende rinunciare a n. \_\_\_\_\_ ore sett.li di incarico espletato presso \_\_\_\_\_.





Allega alla presente **copia di un valido documento di identità e copia compilata e firmata dell'Allegato B.**

Consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o di produzione di atti falsi o contraffatti è perseguibile personalmente, come prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000, dichiara che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero.

---

(data)

---

(firma)

**AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA**

Il sottoscritto....., nato a.....  
(prov.....)il.....M\_F\_\_Codice Fiscale.....  
Comune di residenza.....(prov.....)  
Indirizzo .....n.....Cap.....  
telefono.....  
PEC.....e-mail.....

ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R.

**DICHIARA**

1. di essere / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;
2. di essere/non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
3. di esercitare /non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
4. di essere/ non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società, anche di fatto, che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
5. di svolgere/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;
6. di svolgere/non svolgere (1) attività pediatra di libera scelta;
7. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
8. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
9. di esercitare/non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale, che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e che si configuri un conflitto di interessi ( *in caso*

*affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività*\_\_\_\_\_);

10. di svolgere/non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;
11. di fruire/non fruire (1) del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
12. di operare/non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. (*in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività*\_\_\_\_\_);
13. di essere /non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8-quinquies, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;
14. di essere/non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;
15. di fruire/non fruire (1) di trattamento di quiescenza;
16. di avere/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (*in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata*\_\_\_\_\_);
17. di essere/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei\_\_\_\_\_ di\_\_\_\_\_.  
*In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo):*\_\_\_\_\_;
18. di avere/non avere (1) riportato condanne penali e di avere/non avere (1) procedimenti penali pendenti;
19. di percepire/non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale (*in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta*\_\_\_\_\_ *e la misura dell'indennità percepita*\_\_\_\_\_).

NOTE (3)

.....  
.....  
.....  
.....

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

Data.....Firma per esteso .....

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 in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

Firma apposta alla presenza di \_\_\_\_\_  
con identificazione del dichiarante mediante \_\_\_\_\_

Il funzionario

\_\_\_\_\_

*(1) cancellare la parte che non interessa*

*(2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità*

*(3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.*

**N.B. La presente autocertificazione informativa, con le appropriate modificazioni, è utilizzabile anche per le comunicazioni al comitato di cui all'art. 18 dell'ACN, relative alle modificazioni intervenute nello stato professionale.**