

TMG

**DOMANDA DI TRASFERIMENTO NEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI
DI ASSISTENZA PRIMARIA**

1^o semestre 2018

RACCOMANDATA A/R - PEC

Applicare qui la
MARCA DA BOLLO
(€ 16,00) secondo le vigenti
disposizioni in materia

Al Direttore Generale
Azienda U.L.S.S. n. 8 Berica
Viale Rodolfi, 37
36100 – VICENZA

Il/La sottoscritto/a Dott/Dott.ssa.

(Cognome e Nome)

nato/a a _____ prov. ____ il _____ residente a _____

_____ prov. _____ Via _____

n.	CAP	Tel.	Cell.
1	100	100	100
2	100	100	100
3	100	100	100
4	100	100	100
5	100	100	100
6	100	100	100
7	100	100	100
8	100	100	100
9	100	100	100
10	100	100	100
11	100	100	100
12	100	100	100
13	100	100	100
14	100	100	100
15	100	100	100
16	100	100	100
17	100	100	100
18	100	100	100
19	100	100	100
20	100	100	100
21	100	100	100
22	100	100	100
23	100	100	100
24	100	100	100
25	100	100	100
26	100	100	100
27	100	100	100
28	100	100	100
29	100	100	100
30	100	100	100
31	100	100	100
32	100	100	100
33	100	100	100
34	100	100	100
35	100	100	100
36	100	100	100
37	100	100	100
38	100	100	100
39	100	100	100
40	100	100	100
41	100	100	100
42	100	100	100
43	100	100	100
44	100	100	100
45	100	100	100
46	100	100	100
47	100	100	100
48	100	100	100
49	100	100	100
50	100	100	100
51	100	100	100
52	100	100	100
53	100	100	100
54	100	100	100
55	100	100	100
56	100	100	100
57	100	100	100
58	100	100	100
59	100	100	100
60	100	100	100
61	100	100	100
62	100	100	100
63	100	100	100
64	100	100	100
65	100	100	100
66	100	100	100
67	100	100	100
68	100	100	100
69	100	100	100
70	100	100	100
71	100	100	100
72	100	100	100
73	100	100	100
74	100	100	100
75	100	100	100
76	100	100	100
77	100	100	100
78	100	100	100
79	100	100	100
80	100	100	100
81	100	100	100
82	100	100	100
83	100	100	100
84	100	100	100
85	100	100	100
86	100	100	100
87	100	100	100
88	100	100	100
89	100	100	100
90	100	100	100
91	100	100	100
92	100	100	100
93	100	100	100
94	100	100	100
95	100	100	100
96	100	100	100
97	100	1	

M □ F □ Codice Fiscale

e-mail

PEC (intestata al medico che presenta la domanda) _____

CHIEDE

in base a quanto previsto dall'art. 34, comma 2, lett. a) dell'A.C.N. per la medicina generale 23 marzo 2005 e s.m.i., di essere **trasferito (1)** in una delle seguenti zone carenti delle Aziende UU.LL.SS.SS. della Regione Veneto, pubblicate nel B.U.R. n. _____ del _____ **(2)**:

[illegible]

**Allegato B al Decreto n. 026 del 07 MAG 2018**

pag. 2/3

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000 (**dichiarazione sostitutiva di certificazione e dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà**), sotto la propria responsabilità e consapevole di quanto stabilito dall'art. 76 dello stesso D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA :

1. Di essere residente a _____ prov. _____
Via _____ n. _____ CAP _____ dal ____ / ____ / ____
giorno mese anno
2. Di essere convenzionati per l'Assistenza Primaria dal ____ / ____ / ____ (gg/mm/aaaa) con
Codice regionale n° _____
nell'ambito della Regione Veneto_ Ulss n. _____
nell'ambito della Regione _____
3. Di essere iscritto negli elenchi dei medici convenzionati per l'Assistenza Primaria dell'Azienda U.L.S.S.
n. _____ nel Comune di _____
della Regione _____ dal ____ / ____ / ____
giorno mese anno
4. Di aver conseguito il diploma di laurea il ____ / ____ / ____ (gg/mm/aaaa) con voto _____.

In caso di invio a mezzo PEC compilare obbligatoriamente anche i punti 5, 6 e 7

DICHIARA ALTRESÌ

5. 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. _____;
6. di aver apposto la marca da bollo sulla presente domanda e di aver annullato la stessa;
7. di conservare l'originale della domanda di cui sopra per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione.

data_____
firma per esteso (3)

Indicare eventuale recapito diverso dalla residenza per ogni comunicazione da parte dell'ufficio:

- (1) Ha titolo di concorrere per trasferimento il medico che risulti iscritto alla data di scadenza del presente bando, da almeno due anni nell'elenco di provenienza di un'Azienda U.L.S.S. del Veneto e da almeno quattro anni nell'elenco di provenienza di un'Azienda ULSS di altra Regione e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolga altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio Nazionale eccezion fatta per attività di Continuità Assistenziale.
- (2) Indicare espressamente le Aziende ULSS nelle quali si intende concorrere per il trasferimento, per ciascuna Azienda ULSS il Distretto e, qualora specificati, l'Ambito Territoriale, il Comune e il Codice di pubblicazione. **La zona carente richiesta sarà valutata solo in presenza dell'indicazione chiara del numero di codice.**
- (3) **In luogo dell'autenticazione della firma, allegare fotocopia semplice di un documento di identità.**

**Allegato B al Decreto n. 026 del 07 MAG 2018**

pag. 3/3

AVVERTENZE GENERALI

Le domande di trasferimento nelle zone carenti di Assistenza Primaria, dovranno essere spedite a mezzo Raccomandata A/R o a mezzo PEC nominale, alla Azienda ULSS n. 8 Berica - Viale Rodolfi, 37 - 36100 – Vicenza, PEC: protocollo.centrale.aulss8@pecveneto.it, entro e non oltre il 15° giorno successivo alla data di pubblicazione nel B.U.R. del presente avviso.

L'Azienda ULSS n. 8 Berica, provvederà (ai sensi della DGR n. 2175 del 29 dicembre 2017) all'individuazione degli aventi diritto - secondo i criteri di cui all'art. 34 dell'ACN per la Medicina Generale 23/03/2005 e s.m.i. e le disposizioni in materia approvate con l'Accordo Regionale di cui alla D.G.R. n. 4395/2005 - anche per conto di tutte le altre Aziende ULSS del Veneto, che rimangono competenti per l'adozione del provvedimento di conferimento dell'incarico.

Si evidenzia che gli interessati dovranno inviare **un'unica domanda** conforme al presente schema, disponibile anche presso le Aziende UU.LL.SS.SS. e gli Ordini dei Medici del Veneto. NEL CASO DI INVIO TRAMITE PEC NOMINALE SI SOTTOLINEA CHE OGNI SINGOLA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE DEVE ESSERE INVIATA CON UNA SINGOLA PEC E CHE L'OGGETTO VENGA SPECIFICATO PER ESTESO. NON SARANNO CONSIDERATE VALIDE PIÙ DOMANDE DI PARTECIPAZIONE INVIATE CON UNA STESSA PEC. SI SOTTOLINEA INOLTRE CHE NEL CASO DI INVIO A MEZZO PEC DEVONO OBBLIGATORIAMENTE ESSERE COMPILATI I PUNTI N. 5, 6 E 7 DELLA DOMANDA. Si raccomanda di **scrivere in stampatello**.

Si ricorda che, ai sensi dell'art. 34, punto 9 dell'A.C.N. il medico già convenzionato per l'Assistenza Primaria, che chiede l'assegnazione della zona carente per trasferimento e che accetta l'incarico relativo, decade dall'iscrizione negli elenchi dell'ambito territoriale di provenienza al momento dell'accettazione.

ATTENZIONE:. La vigente normativa in tema di certificati e dichiarazioni sostitutive (D.P.R. n. 445/2000, come modificato dall'art. 15 della legge n. 183/2011) prevede che, a far data dal 1° gennaio 2012, **le certificazioni rilasciate dalla P.A. in ordine a stati, qualità personale e fatti sono valide e utilizzabili solo nei rapporti tra privati**; nei rapporti con gli organi della Pubblica amministrazione i certificati e gli atti di notorietà sono sempre sostituiti dalle dichiarazioni sostitutive di certificazione o da dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà.

Pertanto i medici titolari di incarico di Assistenza Primaria a tempo indeterminato, interessati al trasferimento, **non dovranno presentare alcuna certificazione**, poiché le dichiarazioni rese contestualmente alla domanda soddisfano i requisiti previsti dalla vigente normativa.

Si rammenta infine che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000, in caso di dichiarazioni mendaci si incorre in responsabilità penalmente sanzionabili, con la precisazione che, quando i reati sono commessi per la nomina ad un pubblico ufficio o l'autorizzazione di una professione o arte, il giudice può applicare - quale pena accessoria - l'interdizione temporanea dai pubblici uffici o dalla professione

=====

Principi applicabili a tutti i trattamenti effettuati da soggetti pubblici – art. 18, Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003: i dati personali che l'Azienda ULSS n. 8 Berica acquisisce, per conto anche di tutte le altre Aziende ULSS della Regione Veneto, verranno trattati esclusivamente per lo svolgimento degli adempimenti istituzionali previsti dagli art. 34 e 35 del vigente A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

=====