

PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

1. **La domanda di partecipazione, debitamente compilata in tutte le sue parti, deve essere presentata esclusivamente tramite pec ed inviata entro trenta giorni dalla pubblicazione del bando pena esclusione.**
2. L'Amministrazione non assume responsabilità per la disfunzione di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni dell'indirizzo pec da parte dell'aspirante oppure da mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo pec indicati nella domanda, o comunque imputabili a fatti di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.
3. Con la presentazione della domanda il candidato accetta tutte le prescrizioni del presente provvedimento.

Gli aspiranti alle assegnazioni di incarico per trasferimento sono tenuti a dichiarare nella domanda – ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 – l'anzianità di incarico **maturata entro la data di pubblicazione sul B.U.R.C. del presente decreto.**

A pena di inammissibilità della domanda, gli aspiranti al conferimento di primo incarico, dovranno dichiarare:

- **Di non essere già titolari per l'incarico per il quale intendono concorrere all'atto della presentazione delle domande;**
- **La riserva percentuale alla quale gli aspiranti intendono concorrere, secondo quanto stabilito dall'art. 16 comma 7 lettere a) e b) dell'A.C.N. vigente.**

L'Amministrazione si riserva in ogni momento di verificare la veridicità del contenuto delle dichiarazioni e di procedere all'esclusione dei candidati dalle procedure di assegnazione per difetto dei requisiti prescritti.

Eventuali dichiarazioni difformi dalle certificazioni di servizio, determineranno l'immediata revoca dello stesso e l'applicazione delle sanzioni previste dalle vigenti norme in materia di autocertificazione.

La pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania e sul sito Internet della Regione degli elenchi degli ammessi e degli esclusi costituisce notifica agli aspiranti sui quali incombe l'onere di verificare la presenza del proprio nominativo in detto elenco al fine della eventuale necessaria integrazione della domanda.

Nel caso di eventuali integrazioni delle domande da parte degli interessati, l'istanza dovrà essere inviata entro il termine perentorio di 15 giorni dalla pubblicazione sul B.U.R.C. degli elenchi degli ammessi ed esclusi **sempre e solo esclusivamente tramite pec.**

La mancata integrazione della domanda nel termine di 15 giorni dalla pubblicazione degli elenchi determina l'esclusione definitiva dalla graduatoria.

I medici aspiranti al trasferimento, saranno convocati tramite pec

La pubblicazione della graduatoria definitiva al conferimento delle zone carenti degli ammessi e degli esclusi, vale come notifica per la procedura di assegnazione e conterrà calendari e orari.

La sede per l'assegnazione dei trasferimenti e dei conferimenti di nuovi incarichi è presso l'Assessorato alla Sanità della Regione Campania, Is. C3 del Centro Direzionale di Napoli.

Ai sensi dell'art. 13 D.lgs. 30 giugno n. 196, i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso la Giunta Regionale della Campania Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale – C.d.N. Is. C/3 Napoli, per le finalità di gestione delle procedure di assegnazione. Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione pena esclusione dal concorso. Le medesime informazioni possono essere comunicate esclusivamente agli enti e alle strutture pubbliche direttamente interessate allo svolgimento delle procedure di assegnazione.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI
CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA
(PER TRASFERIMENTO)
ANNO 2017**

Alla GRC- Direzione Generale Per La Tutela Della Salute
Ed Il Coordinamento Del Sistema Sanitario Regionale
Centro Direzionale Is. C/3
80143 – NAPOLI

DATI ANAGRAFICI

__l__ sottoscritt__ Dott. _____ nato a _____
Prov. _____ il _____ Codice Fiscale _____
Residente a _____ Prov. _____
Via _____ n. _____ CAP _____ Tel. _____
Pec _____ mail _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'articolo 34, comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente per la Medicina Generale, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino ufficiale della Regione _____ n. _____ del _____.

D I C H I A R A

Di essere titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria dal _____ a tutt'oggi presso ASL di _____ ambito territoriale di _____ della Regione _____ con anzianità complessiva di assistenza primaria pari a mesi _____

N.B: Nel caso di più trasferimenti indicare con esattezza i vari periodi.

- Di essere titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria dal _____ al _____ presso ASL di _____ ambito territoriale di _____ della Regione _____

• Di essere titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria dal _____ al _____ presso ASL di _____ ambito territoriale di _____ della Regione _____

Data _____

firma per esteso _____

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI
CARENTI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE
(PER TRASFERIMENTO)
ANNO 2017**

Alla GRC- Direzione Generale Per La Tutela Della Salute
Ed Il Coordinamento Del Sistema Sanitario Regionale
Centro Direzionale Is. C/3
80143 – NAPOLI

DATI ANAGRAFICI

Il sottoscritt Dott. _____ nato a _____
Prov. _____ il _____ Codice Fiscale _____
Residente a _____ Prov. _____
Via _____ n. _____ CAP _____ Tel. _____
Pec _____ Mail _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'articolo 34, comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente per la Medicina Generale, per l'assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino ufficiale della Regione _____ n. _____ del _____.

D I C H I A R A

Di essere titolare di incarico a tempo indeterminato per la continuità assistenziale dal _____ a tutt'oggi presso ASL di _____ della Regione _____ con anzianità complessiva di continuità assistenziale pari a mesi _____

N.B: Nel caso di più trasferimenti indicare con esattezza i vari periodi.

- Di essere titolare di incarico a tempo indeterminato per continuità assistenziale dal _____ al _____ presso ASL di _____ della Regione _____

- Di essere titolare di incarico a tempo indeterminato per la continuità assistenziale dal _____ al _____ presso ASL di _____ della Regione _____

Data _____

firma per esteso _____

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI
ASSISTENZA PRIMARIA (per Graduatoria)
ANNO 2017**

Alla GRC- Direzione Generale Per La Tutela Della Salute
Ed Il Coordinamento Del Sistema Sanitario Regionale
Centro Direzionale Is. C/3
80143 – NAPOLI

IMPORTANTE

**BARRARE UNA SOLA CASELLA IN CASO DI BARRATURA DI ENTRAMBE LE CASELLE O MANCATA
INDICAZIONE DELLA RISERVA PRESCELTA LA DOMANDA SARÀ ESCLUSA IN VIA DEFINITIVA**

In osservanza di quanto previsto dall'art. 16, co. 7 e 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, il sottoscritto chiede di poter accedere alla riserva di assegnazione come appresso indicato:

**Riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in Medicina Generale di cui al
D.L.vo n. 256/91 o 277/2003 (articolo 16, comma 7, lettera a.)
Anno di conseguimento _____ Regione di conseguimento _____**

Riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (art. n. 16, comma 7, lettera b,)

DATI ANAGRAFICI

Il sottoscritt _____ Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. _____ Via _____ N. _____

CAP _____ Tel _____ laureato il _____ con voto _____

DICHIARA

Di aver avuto la residenza in maniera continuativa nel periodo dal **31/01/2014 al 31/01/2016**
in Regione _____

Di aver avuto la residenza in maniera continuativa nel periodo dal **31/01/2014 al 31/01/2016**
nel Comune di _____

**Dichiara di non essere titolare di Assistenza Primaria (pena esclusione e denuncia alle autorità giudiziarie per
dichiarazione mendace).**

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2. lett. b) dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente per la
Medicina Generale, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di Assistenza Primaria pubblicati sul
BURC n. _____ del _____

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo pec:

Data _____

Firma per esteso _____

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI
CONTINUITA' ASSISTENZIALE (per Graduatoria)
ANNO 2017**

Alla GRC- Direzione Generale Per La Tutela Della Salute
Ed Il Coordinamento Del Sistema Sanitario Regionale
Centro Direzionale Is. C/3
80143 – NAPOLI

IMPORTANTE

**BARRARE UNA SOLA CASELLA IN CASO DI BARRATURA DI ENTRAMBE LE CASELLE O MANCATA
INDICAZIONE DELLA RISERVA PRESCELTA LA DOMANDA SARÀ ESCLUSA IN VIA DEFINITIVA**

In osservanza di quanto previsto dall'art. 16, co. 7 e 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, il sottoscritto chiede di poter accedere alla riserva di assegnazione come appresso indicato:

**Riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in Medicina Generale di cui al
D.L.vo n. 256/91 o 277/2003 (articolo 16, comma 7, lettera a.)
Anno di conseguimento _____ Regione di conseguimento _____**

Riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (art. n. 16, comma 7, lettera b,)

DATI ANAGRAFICI

Il sottoscritt _____ Dott. _____ nato a _____
Prov. _____ il _____ Codice Fiscale _____
Residente a _____ Prov. _____ Via _____ N. _____
CAP _____ Tel _____ laureato il _____ con voto _____

DICHIARA

Di aver avuto la residenza in maniera continuativa nel periodo dal **31/01/2014 al 31/01/2016**
in Regione _____

Di aver avuto la residenza in maniera continuativa nel periodo dal **31/01/2014 al 31/01/2016**
nell'ASL _____

**Dichiara di non essere titolare di Continuità Assistenziale (pena esclusione e denuncia alle autorità giudiziarie per
dichiarazione mendace).**

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 34, comma 2. lett. b) dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente per la
Medicina Generale, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di Assistenza Primaria pubblicati sul
BURC n. _____ del _____

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata al seguente indirizzo pec:

Data _____

Firma per esteso _____

**INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO
PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003, ed in relazione ai dati personali che si intendono trattare, la informiamo di quanto segue:

1. Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento da parte di questa Amministrazione della formazione delle graduatorie utili alle assegnazioni di incarichi di Assistenza Primaria e Continuità Assistenziale;
2. Il trattamento viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici;
3. Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, in caso di rifiuto, Ella non potrà essere inserito in detta graduatoria;
4. I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale e sul sito Internet della Regione Campania;
5. L'art. 7 del citato D.lgs. Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra cui quello di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento;
6. Titolare del trattamento dei dati è la Regione Campania.

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO
DEI DATI PERSONALI**

_____l_____ sottoscritt _____
(cognome) (nome)

autorizza la Regione Campania al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003

Data ____/____/____

Firma per esteso

ELENCO DEI MOTIVI DI ESCLUSIONE DEFINITIVA PER CONFERIMENTI DI INCARICO PER GRADUATORIA

1. Invio domanda oltre i termini.
2. Non è stata scelta nessuna delle due riserve oppure sono state scelte entrambe le riserve
 - a) Nota esplicativa: **il medico è obbligato a scegliere una sola riserva.**
3. Medico non presente nella graduatoria di MMG dell'anno precedente a quello per cui concorre per il conferimento di incarico.

ELENCO DEI MOTIVI DI AMMISSIONE CON RISERVA AI CONFERIMENTI DI INCARICO

1. Manca o non è leggibile la fotocopia del documento di riconoscimento.
 - a) nota esplicativa: per essere iscritti nella graduatoria degli ammessi è obbligatorio inviare all'Assessorato alla Sanità, nei termini stabiliti dal presente decreto, una fotocopia leggibile del documento di riconoscimento valido.
2. Manca la residenza storica.
 - a) Nota esplicativa: per essere inseriti nella graduatoria degli ammessi è obbligatorio inviare all'Assessorato alla Sanità, nei termini temporali stabiliti dal presente decreto, la sezione dei dati anagrafici del modello di domanda corretta e/o integrata.
3. Manca la firma in calce alla domanda.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(ART. 47 D.P. R. N. 445 DEL 28.12.2000)

ESENTE DA
IMPOSTA DI BOLLO

In riferimento alla domanda di partecipazione alle procedure di assegnazione carenze di Assistenza
Primaria e Continuità Assistenziale della Regione Campania relativa all'anno 2017

____l____ sottoscritt ____Dr____ nat____
a____ il____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti
falsi richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000,

D I C H I A R A

Che tutte le informazioni rese in domanda corrispondono al vero.

Data_____

Firma_____

ELENCO DEI MOTIVI DI ESCLUSIONE DEFINITIVA PER I TRASFERIMENTI

- 1) Invio domanda oltre i termini.
- 2) Anzianità di servizio insufficiente per i medici provenienti dalla Regione Campania.
 - a) Nota esplicativa: Per l'**Assistenza Primaria** e per la **Continuità Assistenziale** i medici provenienti dalla Regione Campania possono richiedere il trasferimento di incarico solo se hanno almeno **due anni di anzianità di servizio**.
- 3) Anzianità di servizio per i medici provenienti da Regioni differenti dalla Campania
 - a) Nota esplicativa: per l'**Assistenza Primaria** i medici provenienti da fuori regione possono richiedere il trasferimento di incarico solo se hanno **quattro anni di anzianità di servizio**.
 - b) Per la **Continuità Assistenziale** i medici provenienti da fuori regione possono richiedere il trasferimento di incarico solo se hanno **almeno tre anni di anzianità di servizio**.

ELENCO DEI MOTIVI DI AMMISSIONE CON RISERVA PER I TRASFERIMENTI

1. Manca o non è leggibile la fotocopia del documento di riconoscimento
 - a) Nota esplicativa: per essere iscritti nella graduatoria degli ammessi è obbligatorio inviare all'Assessorato alla Sanità, nei termini temporali stabiliti dal presente decreto, una fotocopia leggibile del documento di riconoscimento in corso di validità.
2. Mancano o non sono leggibili o scorretti uno o più dati sul modello di domanda.
3. Manca la firma in calce alla domanda.