

OGGETTO: Avviso per l'inserimento negli elenchi dell'assistenza primaria.

Ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale con la presente determinazione vengono pubblicati gli ambiti carenti di assistenza primaria riferiti all'anno 2022. Le attribuzioni per graduatoria sono assegnate ai medici in base alla **graduatoria unica regionale valida per l'anno 2022.**

Art. 1

Presentazione delle domande

- a) i medici aspiranti al conferimento dell'incarico, entro il termine perentorio di **venti giorni decorrenti dal giorno successivo a quello di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio,** devono presentare la domanda (*fac-simile* all. A-B e C) alla Regione Lazio indicando le eventuali località carenti per le quali intendono concorrere. **Nel caso in cui la scadenza coincida con un giorno festivo, il termine si intende prorogato al primo giorno successivo non festivo.**
- b) **La domanda in bollo da €. 16,00 e senza autenticazione della firma,** corredata dalla fotocopia di un valido documento, **deve essere inviata esclusivamente in formato PDF al seguente indirizzo PEC: arearisorseumanessr@regione.lazio.legalmail.it**
L'oggetto della PEC dovrà contenere solo la seguente dicitura: **Domanda Ambiti Carenti Assistenza Primaria 2022** e si considera prodotta in tempo utile solo se inviata entro il termine indicato precedentemente;

La domanda deve essere in regola con le vigenti norme in materia di imposta di bollo dell'importo di euro 16,00. Ai fini della relativa dimostrazione dovrà essere debitamente compilato, sottoscritto e trasmesso in allegato alla domanda di partecipazione alla medesima PEC, il Modulo allegato D;

Si chiarisce che, con Risoluzione n. 89/E del 2016, l'Agenzia dell'Entrate ha evidenziato che, nel caso di pagamento dell'imposta di bollo mediante contrassegno telematico, il contribuente deve curare la conservazione del contrassegno utilizzato entro il termine di decadenza triennale previsto per l'accertamento dell'Amministrazione finanziaria;

La mancata presentazione della fotocopia del documento o il mancato invio del modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta di Bollo, comporta l'esclusione dalla graduatoria.

L'Amministrazione non si assume alcuna responsabilità per eventuali disguidi tecnico-informatici non dipendenti dalla stessa o per la mancata consegna della comunicazione per errori determinati dal candidato. Il termine stabilito per la presentazione della domanda è perentorio e, pertanto, non saranno prese in considerazione le domande che, per qualsiasi ragione, non esclusa la forza maggiore, verranno spedite oltre il termine previsto.

Art. 2

Requisiti

Possono concorrere al conferimento degli incarichi:

- a) Per trasferimento i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria iscritti in uno degli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza primaria della Regione Lazio, che risultino inseriti da almeno due anni nell'elenco di provenienza, maturati alla data di scadenza per la presentazione delle domande di partecipazione;
- b) Per trasferimento i medici titolari di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria iscritti negli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza primaria di altre Regioni che risultino inseriti da almeno quattro anni nell'elenco di provenienza, maturati alla data di scadenza per la presentazione delle domande di partecipazione;
Purché entrambe le categorie di medici al momento dell'attribuzione del nuovo incarico, non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del SSN, eccezione fatta per incarichi di continuità assistenziale (assistenza primaria ad attività oraria);
- c) I medici inclusi nella graduatoria definitiva unica regionale valida per l'anno 2022;
- d) I medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valida per il 2022 (cioè dopo il 31/01/2021), autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda per il conferimento dell'incarico.
- e) Ai sensi del vigente ACN, concluse le procedure di cui alle precedenti lettere a), b), c), e d) qualora uno o più incarichi rimangono vacanti, questa struttura predispone specifica comunicazione inerente alla disponibilità degli ambiti territoriali sul proprio sito istituzionale e chiede pubblicazione del relativo link sul sito della SISAC al fine di favorire la partecipazione di tutti i medici interessati. La Regione rende altresì evidente sul proprio sito la data di pubblicazione da parte della SISAC al fine di favorire la partecipazione di tutti i medici, purché non titolari di altro incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria, e sono ordinati secondo la seguente priorità:
 1. medici inseriti nelle graduatorie di altre Regioni;
 2. medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale;

I medici di cui al punto 1) sono graduati sulla base del punteggio già attribuito nella vigente graduatoria di provenienza e in caso di pari punteggio prevalgono nell'ordine, la minore età, il voto di laurea e l'anzianità di laurea;

I medici di cui al punto 2) sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea, con priorità di interpello per i medici residenti nell'ambito carente, in Azienda e successivamente nella Regione e fuori Regione; si specifica che detta procedura è attivabile, ai sensi della nota SISAC prot. n. 462 del 08/05/2020, qualora esitata nel corso del medesimo anno di validità della graduatoria.

In caso di mancata assegnazione degli incarichi ai medici di cui alle lettere a), b), c) e d), inclusa la procedura di pubblicazione prevista al precedente punto e) potranno concorrere al conferimento:

- I medici abilitati all'esercizio della professione, iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale organizzato dalla Regione Lazio, 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;
- I medici ai sensi dell'art. 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019 n. 35 convertito con modificazioni dalla legge 25 giugno 2019, n. 60;

Per suddetti medici, ai fini della presentazione della domanda, si rimanda a specifico avviso che sarà successivamente pubblicato sul BUR Lazio, qualora espletate tutte le procedure di assegnazione previste dal vigente ACN, compresa la procedura di cui al punto e), uno o più incarichi ambiti territoriali risultino ancora vacanti. Nell'Avviso saranno specificati modalità e termini per la presentazione delle domande. nonché i criteri di definizione della relativa graduatoria.

I Medici già titolari di incarico a tempo indeterminato anche se inseriti in graduatoria regionale possono concorrere alla assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento purché in possesso dei requisiti di cui alla lettera a) e b).

Art. 3
Conferimento incarichi

La Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria – Area Risorse Umane interpella:

- a) I medici già iscritti negli elenchi di cui all'art. 2 lettera a) e b) in base all'anzianità di iscrizione negli elenchi dei medici di assistenza primaria detratti i periodi di eventuali sospensioni dall'incarico di cui all'art. 22 comma 1, tenendo presente che i trasferimenti sono possibili fino alla concorrenza di 1/3 dei posti disponibili in ciascuna Azienda Sanitaria Locale. In caso di disponibilità di un solo posto, per questo può essere esercitato il diritto di trasferimento;

Il medico che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza, fatto salvo l'obbligo di garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso previsto dall'ACN. La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

- b) I medici inseriti nella Graduatoria definitiva unica regionale valida per l'anno 2022, di cui art. 2 lettera c);
- c) I medici di cui alla lettera d) e sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e della anzianità di laurea e sono convocati con priorità di interpello per i residenti nell'ambito carente, nell'Azienda, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione;

I medici di cui ai precedenti punti lettera a) e b) in caso di pari posizione in graduatoria sono graduati nell'ordine della minore età, del voto di laurea dell'anzianità di laurea.

Espletate le procedure di cui ai commi precedenti, qualora uno o più ambiti territoriali rimangono vacanti, questa struttura predisponde specifica comunicazione inerente la disponibilità degli ambiti territoriali sul proprio sito istituzionale e chiede pubblicazione del relativo link sul sito della SISAC al fine di favorire la partecipazione di tutti i medici interessati. La Regione rende altresì evidente sul proprio sito la data di pubblicazione da parte della SISAC da cui decorre il termine di trenta giorni per la presentazione delle domande, in bollo, da parte dei medici, purché non titolari di incarico a tempo indeterminato e per la eventuale valutazione delle domande pervenute si procede secondo il seguente ordine di priorità:

- a) medici inseriti nelle graduatorie di altre Regioni;
- b) medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale;

I candidati di cui alla lettera a) sono graduati sulla base del punteggio già attribuito nella vigente graduatoria di provenienza e in caso di pari punteggio prevalgono nell'ordine, la minore età, il voto di laurea e l'anzianità di laurea. I candidati di cui alla lettera b) sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea, con priorità di interpello per i medici residenti nell'ambito carente, in Azienda e successivamente nella Regione e fuori Regione;

In caso di mancata assegnazione degli incarichi in base alle procedure sopra indicate verranno attivate le procedure di cui all'articolo 34 comma 18 del vigente Accordo, che prevede che possano concorrere i medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale nella Regione. I criteri di definizione della relativa graduatoria saranno indicati nell'avviso che sarà successivamente pubblicato sul BUR Lazio, qualora espletate tutte le procedure di assegnazione previste dall'art. 34 del vigente ACN, comprese le procedure di cui al comma 17, uno o più incarichi di assistenza primaria rimarranno vacanti.

Art 4.

Formazione delle graduatorie

Per la formazione delle graduatorie di cui al punto b) dell'art. 3 del presente avviso, la Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria – Area Risorse Umane procederà come di seguito specificato:

- a) determina il numero dei posti da assegnare ai medici presenti nella graduatoria regionale dopo il conferimento degli incarichi di cui al precedente punto a) dell'art.3 per trasferimento;
- b) quantifica detti posti da assegnare ai medici presenti nella graduatoria, tenendo presente che gli stessi sono riservati, per l'80% a favore dei medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale e per il 20% a favore dei medici in possesso del titolo equipollente;

Qualora non vengano assegnati, per carenza di domande, incarichi spettanti ad una delle riserve di cui alla precedente lettera b), gli stessi vengono assegnati all'altra;

- c) ordina le domande di conferimento degli incarichi in un solo elenco regionale degli aspiranti graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:
- d) attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria definitiva regionale valida per l'anno 2022;
- e) attribuzione di 500 punti a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente per il quale concorrono abbiano la residenza da almeno due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale (almeno a far data dal 31 gennaio 2019) e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;
- f) attribuzione di 2000 punti ai medici residenti nell'ambito della Regione Lazio da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale (almeno a far data dal 31 gennaio 2019) e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;

I Medici per la valutazione dei punteggi indicati ai punti 2) e 3) devono allegare alla domanda di cui all: B) Autocertificazione di residenza dove sia correttamente dichiarata la residenza.

- g) contrassegna per evidenza, i soggetti partecipanti con l'attestato di cui all'art. 34, comma 13 del vigente ACN;
- h) indica nell'elenco, in corrispondenza di ciascun nominativo, le zone carenti richieste;
- i) colloca 2 volte nell'elenco il medico avente diritto ai 500 punti per la residenza: una prima volta, con 500 punti in corrispondenza della zona di residenza richiesta, una seconda volta senza i 500 punti e con l'indicazione di eventuali altre zone richieste;
- j) segnala i nominativi dei medici aventi diritto alla competente ASL per il conferimento dell'incarico a tempo indeterminato.

La documentazione dalla quale non sia possibile dedurre i dati di valutazione o che siano mancanti rispetto a quanto dichiarato dal medico non verrà presa in considerazione.

La graduatoria formata con i criteri citati, viene approvata con determinazione del direttore regionale e resa nota mediante la pubblicazione sul "Bollettino Ufficiale" della Regione Lazio;

Procede alla convocazione degli aventi diritto seguendo l'ordine della graduatoria con un preavviso di 15 giorni, gli stessi termini e modalità si applicano alle ulteriori procedure previste dal presente provvedimento, la mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico.

Art.5.

L'Amministrazione può effettuare, in qualsiasi momento, specifici controlli sulla veridicità del contenuto delle dichiarazioni sostitutive rilasciate dai partecipanti all'avviso, in attuazione delle disposizioni contenute nell'art. 71 del T.U. approvato con D.P.R. 28/1/2000, n. 445.

Qualora emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, l'Amministrazione attiverà le procedure previste dagli atti 75 e 76 del T.U. approvato con D.P.R. 28/12/2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, si procederà alla decadenza dall'incarico sulla base della dichiarazione non veritiera.

L'amministrazione si impegna a trattare i dati personali raccolti, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento, ai sensi del Regolamento Europeo n. 2016/679/UE e del D.lgs. n. 196/2003 modificato dal D.lgs. n. 101/2018.

Art 6.

Instaurazione del rapporto convenzionale

Le procedure per l'instaurazione del rapporto convenzionale per l'assistenza primaria sono previste dal vigente Accordo Collettivo Nazionale.

All'atto dell'assegnazione dell'incarico il medico deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la propria posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità di cui all'articolo 21 devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

Espletate le formalità per l'assegnazione, gli atti sono inviati all'Azienda interessata, come previsto dal comma 25 dell'articolo 34 del vigente ACN, che conferisce definitivamente l'incarico a tempo indeterminato.

ALL: A

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI
TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA.
(PER TRASFERIMENTO)

Marca
da bollo
€ 16,00

All'Assessorato alla Sanità della Regione Lazio
Direzione Regionale Salute ed Integrazione
Sociosanitaria - Area GR/39-06
Via R. R. Garibaldi, 7
00145 Roma

Il/la sottoscritto/a Dott. _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____ M - F
CF _____ residente a _____ prov. _____
Via _____ n. _____ CAP _____
tel. _____ Cell. _____

di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto ____/____ (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110)

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'art. 34, c. 5, lett. a) del vigente ACN per la medicina generale, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. _____ del _____, e segnatamente per le seguenti ASL e distretti: (barrare la casella corrispondente dei distretti interessati)

ASL ROMA3 Distretto Fiumicino <input type="checkbox"/>						
ASL ROMA 4	Distretto 1 <input type="checkbox"/>	Distretto 2 <input type="checkbox"/>	Distretto 3 <input type="checkbox"/>	Distretto 4 <input type="checkbox"/>		
ASL ROMA 5	Distretto 1 <input type="checkbox"/>	Distretto 2 <input type="checkbox"/>	Distretto 3 <input type="checkbox"/>	Distretto 4 <input type="checkbox"/>	Distretto 5 <input type="checkbox"/>	Distretto 6 <input type="checkbox"/>
ASL ROMA 6	Distretto 1 <input type="checkbox"/>	Distretto 2 <input type="checkbox"/>	Distretto 3 <input type="checkbox"/>	Distretto 4 <input type="checkbox"/>	Distretto 5 <input type="checkbox"/>	Distretto 6 <input type="checkbox"/>
ASL VITERBO	Distretto A <input type="checkbox"/>	Distretto B <input type="checkbox"/>	Distretto C <input type="checkbox"/>			
ASL LATINA	Distretto 1 <input type="checkbox"/>	Distretto 2 <input type="checkbox"/>	Distretto 3 <input type="checkbox"/>	Distretto 4 <input type="checkbox"/>	Distretto 5 <input type="checkbox"/>	
ASL RIETI	Distretto 1 <input type="checkbox"/>	Distretto 2 <input type="checkbox"/>				
ASL FROSINONE	Distretto A <input type="checkbox"/>	Distretto B <input type="checkbox"/>	Distretto C <input type="checkbox"/>	Distretto D <input type="checkbox"/>		

Ai sensi e agli effetti degli articoli 46 e 47 del T.U. approvato con D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i.

DICHIARA

a. di essere titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso l'azienda USL di _____ distretto _____ della Regione _____ dal _____ (indicare nel rigo seguente i periodi di eventuale sospensione dall'incarico ai sensi dell'articolo 22 comma 1 _____)

b. di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria (1):

dal _____ al _____ presso ASL _____ Regione _____

dal _____ al _____ presso ASL _____ Regione _____

dal _____ al _____ presso ASL _____ Regione _____

dal _____ al _____ presso ASL _____ Regione _____

(1) detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico ai sensi dell'articolo 22 comma 1

Chiede che ogni comunicazione in merito compresa la eventuale convocazione venga inviata prioritariamente tramite:

PEC: _____

email _____

Data _____

firma per esteso

(*) Ai fini della validità la domanda deve essere debitamente sottoscritta - la firma non è soggetta ad autenticazione se presentata unitamente alla fotocopia di un documento di identità del dichiarante in corso di validità - e allegato il modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta di bollo (all: D)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI
TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA.
(PER GRADUATORIA)**

<p align="center"><i>Marca da bollo € 16,00</i></p>

All'Assessorato alla Sanità della Regione Lazio
Direzione Regionale Salute ed Integrazione
Sociosanitaria - Area GR/39-06
Via R.R. Garibaldi, 7
00145 Roma

Il/la sottoscritto/a Dott. _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____ M - F

CF _____ residente a _____ prov. _____

Via _____ n. _____ CAP _____

tel. _____ Cell. _____

di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto ____/____ (specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110)

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'art. 34 comma 5 lettera b) del vigente ACN per la medicina generale, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. _____ del _____, e segnatamente per le seguenti ASL e distretti: (barrare la casella corrispondente dei distretti interessati)

ASL ROMA3 Distretto Fiumicino <input type="checkbox"/>						
ASL ROMA 4	Distretto 1 <input type="checkbox"/>	Distretto 2 <input type="checkbox"/>	Distretto 3 <input type="checkbox"/>	Distretto 4 <input type="checkbox"/>		
ASL ROMA 5	Distretto 1 <input type="checkbox"/>	Distretto 2 <input type="checkbox"/>	Distretto 3 <input type="checkbox"/>	Distretto 4 <input type="checkbox"/>	Distretto 5 <input type="checkbox"/>	Distretto 6 <input type="checkbox"/>
ASL ROMA 6	Distretto 1 <input type="checkbox"/>	Distretto 2 <input type="checkbox"/>	Distretto 3 <input type="checkbox"/>	Distretto 4 <input type="checkbox"/>	Distretto 5 <input type="checkbox"/>	Distretto 6 <input type="checkbox"/>
ASL VITERBO	Distretto A <input type="checkbox"/>	Distretto B <input type="checkbox"/>	Distretto C <input type="checkbox"/>			
ASL LATINA	Distretto 1 <input type="checkbox"/>	Distretto 2 <input type="checkbox"/>	Distretto 3 <input type="checkbox"/>	Distretto 4 <input type="checkbox"/>	Distretto 5 <input type="checkbox"/>	
ASL RIETI	Distretto 1 <input type="checkbox"/>	Distretto 2 <input type="checkbox"/>				
ASL FROSINONE	Distretto A <input type="checkbox"/>	Distretto B <input type="checkbox"/>	Distretto C <input type="checkbox"/>	Distretto D <input type="checkbox"/>		

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'articolo 76 del D.P.R. n. 445/2000, e degli effetti amministrativi previsti dall'articolo 75 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt.46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

- a. Di non essere già titolare di incarico a tempo indeterminato nelle attività di assistenza primaria;
- b. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto ____ / ____
(specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110)
- c. di essere iscritto all'Ordine dei medici di _____ dal _____
- d. di essere iscritto nella graduatoria regionale di settore della assistenza primaria valida per l'anno 2022 con punti _____;
- e. di essere residente nella Regione Lazio con decorrenza dal _____ (1)
- f. di essere residente nel Comune di _____ con decorrenza _____ (1)
- g. di essere residente nel territorio della ASL _____ con decorrenza _____ (1)
- h. Eventuali precedenti residenze:
- dal _____ al _____ Comune di _____ AUSL _____
- dal _____ al _____ Comune di _____ AUSL _____
- dal _____ al _____ Comune di _____ AUSL _____

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'articolo 34, comma 13 e 14 del vigente ACN per la medicina generale, di potere 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;
- Riserva per i medici in possesso di titolo equipollente;

Chiede che ogni comunicazione in merito compresa la eventuale convocazione venga inviata prioritariamente tramite:

PEC: _____

E-mail: _____

Data _____

firma per esteso (*)

(*) Ai fini della validità la domanda deve essere debitamente sottoscritta - la firma non è soggetta ad autenticazione se presentata unitamente alla fotocopia di un documento di identità del dichiarante in corso di validità - e allegato il modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta di bollo (all: D)

(1) Indicare giorno/mese/anno. Ai fini dell'attribuzione dei punteggi aggiuntivi, il requisito della residenza deve essere posseduto almeno dal 31/1/2019 e mantenuto fino all'attribuzione dell'incarico, in caso di mancata o incompleta dichiarazione i punteggi non potranno essere attribuiti.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI
TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA.**

(Medici di cui articolo 2, lettera d) presente provvedimento)

(In possesso del titolo di formazione acquisito dopo il 31 gennaio 2021)

Marca da bollo € 16,00

All'Assessorato alla Sanità della Regione Lazio
 Direzione Regionale Salute ed Integrazione
 Sociosanitaria - Area GR/39-06
 Via R. R. Garibaldi n. 7
 00145 Roma

Il/la sottoscritto/a Dott. _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____ M - F

CF _____ residente a _____ prov. _____

Via _____ n. _____ CAP _____

tel. _____ Cell. _____

FA DOMANDA

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 34, comma 5, lettera c) del vigente ACN per la medicina generale, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria e segnatamente per le seguenti ASL e distretti: (barrare la casella corrispondente dei distretti interessati)

ASL ROMA3 Distretto Fiumicino <input type="checkbox"/>						
ASL ROMA 4	Distretto 1 <input type="checkbox"/>	Distretto 2 <input type="checkbox"/>	Distretto 3 <input type="checkbox"/>	Distretto 4 <input type="checkbox"/>		
ASL ROMA 5	Distretto 1 <input type="checkbox"/>	Distretto 2 <input type="checkbox"/>	Distretto 3 <input type="checkbox"/>	Distretto 4 <input type="checkbox"/>	Distretto 5 <input type="checkbox"/>	Distretto 6 <input type="checkbox"/>
ASL ROMA 6	Distretto 1 <input type="checkbox"/>	Distretto 2 <input type="checkbox"/>	Distretto 3 <input type="checkbox"/>	Distretto 4 <input type="checkbox"/>	Distretto 5 <input type="checkbox"/>	Distretto 6 <input type="checkbox"/>
ASL VITERBO	Distretto A <input type="checkbox"/>	Distretto B <input type="checkbox"/>	Distretto C <input type="checkbox"/>			
ASL LATINA	Distretto 1 <input type="checkbox"/>	Distretto 2 <input type="checkbox"/>	Distretto 3 <input type="checkbox"/>	Distretto 4 <input type="checkbox"/>	Distretto 5 <input type="checkbox"/>	
ASL RIETI	Distretto 1 <input type="checkbox"/>	Distretto 2 <input type="checkbox"/>				
ASL FROSINONE	Distretto A <input type="checkbox"/>	Distretto B <input type="checkbox"/>	Distretto C <input type="checkbox"/>	Distretto D <input type="checkbox"/>		

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'articolo 76 del D.P.R. n. 445/2000, e degli effetti amministrativi previsti dall'articolo 75 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt.46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

- a. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto ____ / ____
(specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110)
- b. di essere iscritto all'Ordine dei medici di _____ dal _____
- c. di essere in possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale conseguito presso la Regione _____ in data _____
- d. di essere residente nel Comune di _____ dal _____
nella ASL _____ dal _____
nella Regione _____ dal _____

Chiede che ogni comunicazione in merito compresa la eventuale convocazione venga inviata prioritariamente tramite:

- PEC: _____
- E-mail: _____

Data _____

firma per esteso (*)

(*) Ai fini della validità la domanda deve essere debitamente sottoscritta - la firma non è soggetta ad autenticazione se presentata unitamente alla fotocopia di un documento di identità del dichiarante in corso di validità - e allegato il modulo per l'attestazione di pagamento dell'imposta di bollo (all: D)

**MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO DOVUTA
PER LA PRESENTAZIONE DI ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**

SPAZIO PER MARCA DA BOLLO
da annullare con data e firma

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

Nato/a a.....prov.....

il codice fiscale.....

Ai sensi e agli effetti degli articoli 46 e 47 del T.U. approvato con D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e s.m.i.

DICHIARA

-di aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo dovuta per l'istanza di partecipazione all'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria individuati per l'anno 2022 presso le ASL della Regione Lazio con la marca da bollo sopra apposta e annullata.

-di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a conservare il presente documento ed a renderlo disponibile ai fini di successivi controlli.

Luogo e data

Firma

.....

AVERTENZE

Il presente modulo deve essere allegato alla domanda di partecipazione

La marca da bollo, applicata nell'apposito spazio, dovrà essere annullata tramite l'apposizione della data e la firma sulla stessa e parte del modulo.