

Serie Avvisi e Concorsi n. 43 - Mercoledì 21 ottobre 2015

Comunicato regionale 12 ottobre 2015 - n. 154
Direzione generale Salute - Pubblicazione ordinaria e straordinaria ambiti territoriali carenti di assistenza primaria e di pediatria di famiglia e incarichi vacanti di continuità assistenziale e di emergenza sanitaria territoriale relativi al 1° semestre 2015

Ai sensi degli articoli 34 e 63, comma 1, e dell'articolo 92, comma 3, dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale e degli Accordi integrativi regionali vigenti, e ai sensi dell'articolo 33, comma 1, dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Pediatri di Libera Scelta e degli Accordi integrativi regionali vigenti, si pubblicano gli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria e Pediatria di Libera Scelta e gli incarichi vacanti di continuità assistenziale e di emergenza sanitaria territoriale rilevati dalle Aziende Sanitarie Locali e dalle Aziende ospedaliere nel 1° semestre 2015.

A pena di esclusione

le domande dei medici interessati al trasferimento o all'inserimento, compilate secondo gli schemi allegati al BURL e corredate degli allegati L o I, dovranno pervenire alle Aziende Sanitarie

Locali o all'Azienda ospedaliera competenti per territorio entro e non **oltre il 5 novembre 2015 (non si terrà conto del timbro postale)** L'invio può essere effettuato anche all'indirizzo PEC delle ASL o dell'A.O.

Sommario

- Ambiti Territoriali carenti di Assistenza Primaria
- Ambiti territoriali carenti di Pediatria di Famiglia
- Incarichi vacanti di Continuità Assistenziale
- Incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale
- Fac-simili domande e autocertificazione informativa allegati L e I
- Indirizzi ASL e delle A.O. della Lombardia

L'elenco degli ambiti carenti pubblicati può essere consultato anche sul sito Internet www.sanita.regione.lombardia.it, sotto la voce Area Corsi, Concorsi e graduatorie; i fac-simili delle domande possono essere scaricati dal medesimo sito.

Dirigente struttura medicina convenzionata territoriale,
 educazione continua in medicina, professioni sanitarie
 Roberta Brenna

AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA RELATIVI AL 1° SEMESTRE 2015

ASL DI BERGAMO

AMBITI TERRITORIALI ORDINARI	N. POSTI
Bergamo, Ponteranica, Sorisole, Gorle, Torre Boldone, Orio al Serio 1 posto apertura ambulatorio nel comune di Bergamo Quartiere Longuelo 1 posto apertura ambulatorio nel comune di Bergamo Quartiere Boccaleone	2
Dalmine, Lallio, Levate, Osio Sopra Apertura ambulatorio nel comune di Levate	1
Azzano S. Paolo, Comun Nuovo, Stezzano, Urgnano, Zanica Apertura ambulatorio nel comune di Zanica	1
Bagnatica, Brusaporto, Costa Mezzate, Montello	1
Grumello del Monte, Chiuduno, Telgate, Castelli Calepio	1
Cavernago, Calcinate, Bolgare, Mornico al Serio, Palosco	1
Trescore, Cenate Sopra, Cenate Sotto, San Paolo D'Argon, Entratico, Luzzana, Zandobbio, Carobbio degli Angeli, Gorlago	1
Bossico, Fonteno, Riva di Solto, Solto Collina, Sovere	1
Rogno, Costa Volpino	1
Alzano Lombardo, Ranica, Villa di Serio	1
Gazzaniga, Cene, Colzate, Vertova, Fiorano al Serio	1
Gandino, Leffe, Peia, Cazzano S. Andrea, Casnigo	1
Oltre il Colle, Serina, Cornalba, Algua, Bracca, Costa Serina, Dossena Apertura ambulatorio nel comune di Oltre il Colle	1
Bonate Sopra, Bonate Sotto, Chignolo d'Isola, Madone, Terno D'Isola	1
Carvico, Sotto il Monte, Villa D'Adda	1
Bottanuco, Brembate, Capriate San Gervasio, Filago	1
Caprino Bergamasco, Cisano Bergamasco, Pontida	1
Calvenzano, Caravaggio, Misano Gera D'Adda	1
Arzago D'Adda, Casirate D'Adda, Treviglio	2
Covo, Fara Olivana, Antegnate, Isso, Fontanella, Barbata	1
Bariano, Morengo, Romano di Lombardia	2

ASL DI BRESCIA

AMBITI TERRITORIALI ORDINARI	N. POSTI
Ospitaletto, Travagliato, Torbole Casaglia, Berlingo, Roncadelle, Castelmella	1
Flero, Capriano del Colle, Azzano Mella, Poncarale, Borgosatollo, Montirone, San Zeno, Castenedolo	2
Botticino, Rezzato, Mazzano, Nuvolera, Nuvolento	4
Lumezzane	2

AMBITI TERRITORIALI ORDINARI	N. POSTI
Sarezzo	1
Nave, Bovezzo, Caino	1
Iseo, Monte Isola, Sulzano, Marone, Sale Marasino, Zone Apertura ambulatorio nel Comune di Monte Isola	1
Cologne, Erbusco	1
Palazzolo sull'Oglio, Pontoglio	1
Palazzolo sull'Oglio, Pontoglio Apertura ambulatorio nel comune di Pontoglio	1
Castrezzato, Trenzano Apertura ambulatorio nel comune di Castrezzato	1
Barbariga, Dello, Longhena, Brandico, Mairano, Lograto, Maclodio Apertura ambulatorio nel comune di Maclodio	1
Borgo San Giacomo, Villachiara, Quinzano, San Paolo	1
Orzinuovi, Orzivecchi, Pompiano, Corzano	1
Alfianello, Pontevico, Bassano Bresciano, San Gervasio	1
Manerbio, Offlaga	1
Lonato	1
Bedizzole, Calvagese	1
Gavardo, Villanuova, Vallio, Paitone, Serle	1
Anfo, Lavenone, Idro, Treviso Bresciano, Capovalle, Magasa, Valvestino Apertura ambulatorio nei Comuni di Capovalle, Magasa e Valvestino	1

ASL DI COMO

AMBITI TERRITORIALI ORDINARI	N. POSTI
Brenna, Cantù, Capiago Intimiano, Carimate, Cucciago.	1
Blevio, Brunate, Como, Senna Comasco.	1
Faggeto Lario, Nesso, Pognana Lario, Torno, Veleso, Zelbio.	1
Albiolo, Beregazzo con Figliaro, Binago, Bizzarone, Cagno, Rodero, Solbiate, Uggiate Trevano, Valmorea.	1
Campione d'Italia	1

ASL DI CREMONA

AMBITI TERRITORIALI ORDINARI	N. POSTI
Cremona centro	5
Cremona est	2
Crema centro	2
Crema est	1

ASL DI LECCO

AMBITI TERRITORIALI ORDINARI	N. POSTI
Colle Brianza, Galbiate e Pescate Apertura ambulatorio nel Comune di Colle Brianza	1
Civate, Malgrate, Oliveto Lario e Valmadrera	1
Barzago, Barzanò, Casatenovo, Cassago Brianza, Cremella, Missaglia, Monticello Brianza, Sirtori, Viganò	1
Lecco	1

ASL DI LODI

AMBITI TERRITORIALI ORDINARI	N. POSTI
Lodi-Abbadia Cerreto-Boffalora d'Adda-Cavenago d'Adda-Cornegliano Laudese-Corte Palasio-Crespiatica-Mairago-Massalengo-Ossago Lodigiano-San Martino in Strada	1

ASL DI MANTOVA

AMBITI TERRITORIALI ORDINARI	N. POSTI
Asola, Casalmoro, Mariana, Canneto, Acquanegra, Casalromano	1
Castelgoffredo, Casaloldo, Gazoldo, Ceresara, Piubega, Redonesco	1

Serie Avvisi e Concorsi n. 43 - Mercoledì 21 ottobre 2015

AMBITI TERRITORIALI ORDINARI	N. POSTI
Castiglione Stiviere, Solferino, Cavriana, Medole, Guidizzolo, Ponti sul Mincio, Monzambano, Volta Mantovana, Goito Apertura obbligatoria di 1 ambulatorio nel comune di Castiglione Stiviere e 1 nel comune di Volta Mantovana	2
Castelbelforte, Castel d'Ario, Bigarello, Villimpenta, San Giorgio, Porto Mantovano, Roverbella, Marmirolo Apertura obbligatoria ambulatorio nel comune di Porto Mantovano	1
Ostiglia, Pieve di Coriano, Revere, Serravalle a Po, Sustinente, Poggio Rusco, Magnacavallo, San Giovanni, Schivenoglia, Villa Poma, Quistello, Quingentole, San Giacomo, Sermide, Borgofranco, Carbonara, Felonica Apertura obbligatoria di 1 ambulatorio nel comune di Sermide	2
Suzzara, Motteggiana, Gonzaga, Moglia, Pegognaga, San Benedetto Po Apertura obbligatoria ambulatorio nel comune di San Benedetto Po	1

ASL DI MILANO

AMBITI TERRITORIALI ORDINARI	N. POSTI
Milano Distretto 1 zona 1	3
Milano Distretto 2 zona 8	10
Milano Distretto 2 zona 9	9
Milano Distretto 3 zona 2	8
Milano Distretto 3 zona 3	5
Milano Distretto 4 zona 4	7
Milano Distretto 4 zona 5	8
Milano Distretto 5 zona 6	7
Milano Distretto 5 zona 7	4

ASL DI MILANO 1

AMBITI TERRITORIALI ORDINARI	N. POSTI
Bollate, Novate Milanese, Baranzate	3
Cesate, Garbagnate Milanese, Solaro	2
Paderno Dugnano, Senago	1
Arese, Lainate	1
Pero, Rho	1
Assago, Buccinasco, Cusago, Trezzano Sul Naviglio	1
Cesano Boscone, Corsico di cui 1 ambito con apertura ambulatorio nel Comune di Corsico quartiere Tessera	2
Busto Garolfo, Canegrate, Dairago, San Giorgio su Legnano, Villa Cortese	1
Cerro Maggiore, Nerviano, Parabiago, San Vittore Olona	1
Legnano, Rescaldina	3
Castano Primo, Magnago, Robecchetto con Induno, Turbigo, Vanzaghella, Nosate	2
Arluno, Bareggio, Ossona, Casorezzo, S. Stefano Ticino, Sedriano, Vittuone	5
Boffalora sopra Ticino, Corbetta, Magenta, Marcallo con Casone, Mesero, Robecco sul Naviglio	2
Abbiategrosso, Besate, Morimondo, Motta Visconti, Ozero di cui 1 ambito con apertura ambulatorio nel Comune di Motta Visconti	2
Albairate, Calvignasco, Cislano, Gaggiano, Rosate, Vermezzo, Bubbiano, Cassinetta di Lugagnano, Gudo Visconti, Zelo Surrigone con apertura ambulatorio nel Comune di Bubbiano	1

ASL DI MILANO 2

AMBITI TERRITORIALI ORDINARI	N. POSTI
Mediglia - Pantigliate - Paullo - Tribiano	1
Peschiera Borromeo	1
San Donato Milanese	1
Pioltello - Rodano	1
Segrate - Vimodrone	4
Bussero - Cassina dé Pecchi - Gorgonzola (obbligo apertura Cassina dé Pecchi)	1
Carugate - Cernusco sul Naviglio	2
Liscate - Melzo - Pozzuolo Martesana - Settala - Truccazzano - Vignate	2
Locate Triulzi - Opera - Pieve Emanuele	1

ASL DI MONZA E BRIANZA

AMBITI TERRITORIALI ORDINARI	N. POSTI
Lissone	1
Varedo	1
Monza	2
Giussano	2
Concorezzo	1
Vimercate - Burago di Molgora	1

ASL DI PAVIA

AMBITI TERRITORIALI ORDINARI	N. POSTI
Bascapè - Landriano - Marzano - Torrevecchia Pia	2
Borgarello - Certosa - Giussago - Vellezzo Bellini - Rognano	1
Bornasco - Zeccone - Siziano - Vidigulfo	1
Copiano - Vistarino - Gerenzago - Inverno E Monteleone - Maghero - Torre d'Arese - Villanterio	1
Ferrera Erbognone - Mezzana Bigli - Sannazzaro	1
Albonese - Citavegna - Nicorvo - Parona	1
Robbio	1
Pavia - S. Genesio - Torre D'Isola	1
San Martino Siccomario - Travacò Siccomario	1
Vigevano	3
Voghera	1

ASL DI VARESE

AMBITI TERRITORIALI ORDINARI	N. POSTI
Besano, Brusimpiano, Cuasso Al Monte, Porto Ceresio	1
Fagnano Olona, Olgiate Olona, Solbiate Olona	1
Gorla Maggiore, Gorla Minore, Marnate	1
Casalzuigno, Cuveglio, Duno, Rancio Valcuvia, Masciago Primo, Cassano Valcuvia	1
Gavirate, Bardello, Biandronno, Bregano	1
Gallarate	1
Cassano Magnago, Cairate	2
Sesto Calende, Mercallo	1
Cardano al Campo	1
Arsago Seprio, Besnate, Casorate Sempione	1
Lonate Ceppino - Tradate	1
Castelseprio, Castiglione Olona, Gornate Olona	1
Barasso, Comerio, Luvinata, Casciago	1

ASL DELLA VALLECAMONICA SEBINO

AMBITI TERRITORIALI ORDINARI	N. POSTI
Berzo Demo, Capo di Ponte, Cedegolo, Cerveno, Ceto, Cevo, Cimbergo, Corteno Golgi, Edolo, Incudine, Malonno, Monno, Ono S. Pietro, Paisco Loveno, Paspardo, Ponte di Legno, Saviore dell'Adamello, Sellero, Sonico, Temù, Vezza D'Oglio, Vione	1
Angolo Terme, Artogne, Darfo B.T., Gianico, Piancamuno, Pisogne	1

**AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
RELATIVI AL 1° SEMESTRE 2015**

ASL DI BERGAMO

AMBITI TERRITORIALI ORDINARI AI SENSI DELL'ART. 32 A.C.N.	N. POSTI
Canonica d'Adda, Fara Gera d'Adda, Pontirolo Nuovo Apertura ambulatorio nel comune di Canonica D'Adda	1

Serie Avvisi e Concorsi n. 43 - Mercoledì 21 ottobre 2015

ASL DI BRESCIA

AMBITI TERRITORIALI STRAORDINARI	N. POSTI
Chiari, Roccafranca, Rudiano, Urago d'Oglio Apertura ambulatorio nel comune di Chiari	1
Cologne, Palazzolo, Pontoglio Apertura ambulatorio nel comune di Pontoglio	1
Salò, San Felice, Gardone Riviera, Toscolano Maderno, Gargnano, Magasa, Valvestino, Tignale, Tremosine, Limone Apertura ambulatorio nel comune di Gargnano e obbligo di effettuare un ambulatorio settimanale nel comune di Tremosine	1

ASL DI CREMONA

AMBITI TERRITORIALI ORDINARI AI SENSI DELL'ART. 32 A.C.N.	N. POSTI
Crema est	1

ASL DI LECCO

AMBITI TERRITORIALI ORDINARI AI SENSI DELL'ART. 32 A.C.N.	N. POSTI
Airuno, Barzago, Barzanò, Brivio, Calco, Casatenovo, Cassago Brianza, Cremella, La Valletta Brianza, Missaglia, Monticello Brianza, Olgiate Molgora, Santa Maria Hoè, Sirtori e Viganò. Obbligo apertura ambulatorio nel Comune di Missaglia	1

ASL DI MANTOVA

AMBITI TERRITORIALI STRAORDINARI	N. POSTI
Asola, Casalromano, Mariana Mantovana, Casalmoro, Acquaneгра, Canneto, Gazoldo Ippoliti, RedonDESCO, Piubega, Castelgoffredo, Casaloldo, Ceresara Apertura obbligatoria ambulatorio nel comune di Gazoldo Ippoliti	1
Mantova, Borgo Virgilio, Bagnolo, Marmirolo, Porto Mantovano, Roverbella, Roncoferraro, Castel d'Ario, Villimpenta, Bigarello, San Giorgio, Castelbelforte, Rodigo, Castellucchio, Curtatone Apertura obbligatoria ambulatorio nel comune di San Giorgio	1
Suzzara, Motteggiana, Gonzaga, Moglia, Pegognaga, San Benedetto Apertura obbligatoria ambulatorio nel comune di Moglia	1

ASL DI MILANO

AMBITI TERRITORIALI ORDINARI AI SENSI DELL'ART. 32 A.C.N.	N. POSTI
Milano Distretto 2 zona 8	1
Milano Distretto 4 zona 5	1

AMBITI TERRITORIALI STRAORDINARI	N. POSTI
Milano Distretto 5 zona 7	3

ASL DI MONZA E BRIANZA

AMBITI TERRITORIALI STRAORDINARI	N. POSTI
Bovisio Masciago - Cesano Maderno - Varedo Con obbligo di apertura nel Comune di Bovisio Masciago o in alternativa nel Comune di Varedo	1

ASL DI SONDRIO

AMBITI TERRITORIALI ORDINARI AI SENSI DELL'ART. 32 A.C.N.	N. POSTI
Distretto di Bormio Apertura ambulatorio nel comune di Sondalo	1

ASL DELLA VALLECAMONICA SEBINO

AMBITI TERRITORIALI STRAORDINARI	N. POSTI
Angolo Terme, Artogne, Darfo Boario Terme, Gianico, Pian Camuno, Pisogne Apertura ambulatorio nel comune di Pian Camuno	1

Ore di incarichi vacanti di Continuità Assistenziale relative al 1° semestre 2015	
ASL DELLA LOMBARDIA	N. Ore vacanti
ASL di Bergamo	3.528
ASL di Brescia	4.288
ASL di Como	1.392
ASL di Cremona	3.224
ASL di Lecco	6.240
ASL di Lodi	720
ASL di Mantova	1.584
ASL di Milano	5.136
ASL di Milano 1	3.841
ASL di Milano 2	1.186
ASL di Monza e Brianza	2.408
ASL di Pavia	1.482
ASL di Sondrio	432
ASL di Varese	1.704
ASL della Vallecambonica - Sebino	312

Ore di incarichi vacanti nel servizio di emergenza sanitaria territoriale relative al 1° semestre 2015	
A.O. DELLA LOMBARDIA	N. Ore Carenti
A.O. della Valtellina e della Valchiavenna	76



Domanda di partecipazione alla assegnazione degli ambiti territoriali carenti di Assistenza Primaria (Per Graduatoria)

**Bollo
€ 16,00**

All' Azienda Sanitaria Locale di

Il sottoscritto Dott. _____ consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/200 dichiara di essere nato a _____ Prov. _____ il _____ codice fiscale _____ di essere residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____ CAP. _____ tel. _____ a far data dal _____ A.S.L. di residenza _____ e residente nel territorio della Regione _____ dal _____ inserito nella graduatoria regionale di settore di cui dall'articolo 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale **valida per l'anno 2015**, laureato dal _____ con voto _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'articolo 34, comma 2, lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia ... n _____ del _____ e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito territoriale	Ambito territoriale	Ambito territoriale
.....
.....

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 (**dichiarazione sostitutiva di certificazione**)

DICHIARA

di essere residente nel comune di _____ dal (gg/mm/aaaa) _____

- precedenti residenze indicare (gg/mm/aaaa)
- dal _____ al _____
- dal _____ al _____

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'articolo 16, commi 7 e 8 dell'accordo collettivo Nazionale per la Medicina Generale, di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appreso indicato (*barrare una sola casella; in caso di barrature 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 di cui al D.L.vo n. 256/91 o 277/2003 (articolo 16, comma 7, lettera a.)
- riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (articolo 16, comma 7, lettera b.)

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- l'indirizzo p.e.c.
- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____ indirizzo _____

Data _____ Firma per esteso (*) _____

In luogo dell'autenticazione della firma, allegare fotocopia semplice di un documento di identità
In caso di trasmissione di domanda e degli allegati tramite posta certificata, poiché i documenti devono essere firmati digitalmente, tale possibilità è usufruibile solo se già disponibile questo requisito.

La mancata indicazione nella domanda dei dati relativi alla residenza, comporta la non assegnazione dei punteggi aggiuntivi, previsti dall'art. 34 comma 3 dell'ACN per la medicina generale.

Si allega Allegato L ai sensi dell'art. 34 comma 14.



Domanda di partecipazione alla assegnazione degli ambiti territoriali carenti di Assistenza Primaria (Per trasferimento)

**Bollo
€ 16,00**

All' Azienda Sanitaria Locale di

Il sottoscritto Dott. _____ consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 dichiara di essere nato a _____ Prov. _____ il _____ codice fiscale _____ di essere residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____ CAP. _____ tel. _____ a far data dal _____ e residente nel territorio della Regione _____ dal _____ titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso l'Azienda Sanitaria Locale n. _____ di _____ per l'ambito territoriale _____ della Regione _____ dal _____ e con anzianità complessiva di assistenza primaria pari a mesi _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'articolo 34, comma 2, lettera a) dell'accordo collettivo nazionale per la medicina generale per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia n _____ del _____ e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito territoriale	Ambito territoriale	Ambito territoriale
.....
.....
.....

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 (**dichiarazione sostitutiva di certificazione**)

DICHIARA

di essere stato titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso:

- la ASL di _____ regione _____ dal _____ al _____ dettratti i periodi di eventuale sospensione dell'incarico
- la ASL di _____ regione _____ dal _____ al _____ dettratti i periodi di eventuale sospensione dell'incarico
- con anzianità complessiva di assistenza primaria pari a mesi _____

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

L'indirizzo p.e.c. _____

La propria residenza

Il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____ indirizzo _____

Data _____ Firma per esteso (*) _____

In luogo dell'autenticazione della firma, allegare fotocopia semplice di un documento di identità

In caso di trasmissione di domanda e degli allegati tramite posta certificata, poiché i documenti devono essere firmati digitalmente, tale possibilità è usufruibile solo se già disponibile questo requisito.

Si allega Allegato L ai sensi dell'art. 34 comma 14.



Domanda di partecipazione alla assegnazione degli incarichi vacanti di
Continuità Assistenziale (Per Graduatoria)

**Bollo
€ 16,00**

All' Azienda Sanitaria Locale di

Il sottoscritto Dott. _____ consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 dichiara di essere nato a _____ Prov. _____ il _____ codice fiscale _____ di essere residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____ CAP. _____ tel. _____ a far data dal _____ A.S.L. di residenza _____ e residente nel territorio della Regione _____ dal _____ inserito nella graduatoria regionale di settore di cui dall'articolo 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale **valida per l'anno 2015**, laureato dal _____ con voto _____

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'articolo 63, comma 2, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, per l'assegnazione degli incarichi vacanti per la Continuità Assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia n _____ del _____

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 (**dichiarazione sostitutiva di certificazione**)

DICHIARA

di essere residente nel comune di _____ dal (gg/mm/aaaa) _____ precedenti residenze indicare (gg/mm/aaaa) dal _____ al _____ dal _____ al _____

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'articolo 16, commi 7 e 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato (*barrare una sola casella; in caso di barrature 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 di cui al D.L.vo n. 256/91 o 277/2003 (articolo 16, comma 7, lettera a,)
- riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (articolo 16, comma 7, lettera b,)

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- l'indirizzo p.e.c. _____
- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____ indirizzo _____

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

In luogo dell'autenticazione della firma, allegare fotocopia semplice di un documento di identità
In caso di trasmissione di domanda e degli allegati tramite posta certificata, poiché i documenti devono essere firmati digitalmente, tale possibilità è usufruibile solo se già disponibile questo requisito.

La mancata indicazione nella domanda dei dati relativi alla residenza, comporta la non assegnazione dei punteggi aggiuntivi, previsti dall'art. 63 comma 4 dell'ACN per la medicina generale.

Si allega Allegato L ai sensi dell'art. 34 comma 14.



**Domanda di partecipazione alla assegnazione degli incarichi vacanti di
Continuità Assistenziale (Per trasferimento)**

**Bollo
€ 16,00**

All' Azienda Sanitaria Locale di

Il sottoscritto Dott. _____ consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/200 dichiara di essere nato a _____ Prov. _____ il _____ codice fiscale _____ di essere residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____ CAP. _____ tel. _____ a far data dal _____ e residente nel territorio della Regione _____ dal _____ titolare di incarico a tempo indeterminato per la continuità assistenziale presso l'Azienda Sanitaria Locale n. _____ di _____ della Regione _____ dal _____ e con anzianità complessiva di continuità assistenziale pari a mesi _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'articolo 63, comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale di assegnazione degli incarichi vacanti per la Continuità Assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia n. _____ del _____

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 (**dichiarazione sostitutiva di certificazione**)

DICHIARA

di essere stato titolare di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale presso:

- la ASL di _____ regione _____ dal _____ al _____ dettratti i periodi di eventuale sospensione dell'incarico
- la ASL di _____ regione _____ dal _____ al _____ dettratti i periodi di eventuale sospensione dell'incarico

con anzianità complessiva di continuità assistenziale pari a mesi _____

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- L'indirizzo p.e.c. _____
- La propria residenza
- Il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____ indirizzo _____

Data.....

Firma per esteso

In luogo dell'autenticazione della firma, allegare fotocopia semplice di un documento di identità

In caso di trasmissione di domanda e degli allegati tramite posta certificata, poiché i documenti devono essere firmati digitalmente, tale possibilità è usufruibile solo se già disponibile questo requisito.

Si allega Allegato L ai sensi dell'art. 34 comma 14.



**Domanda di partecipazione alla assegnazione degli incarichi vacanti di
Emergenza Sanitaria Territoriale (Per Graduatoria)**

**Bollo
€ 16,00**

All' Azienda Ospedaliera ...

Il sottoscritto Dott. _____ consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/200 dichiara di essere nato a _____ Prov. _____ il _____ codice fiscale _____ di essere residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____ CAP. _____ tel. _____ a far data dal _____ A.S.L. di residenza _____ e residente nel territorio della Regione _____ dal _____ inserito nella graduatoria regionale di settore di cui dall'articolo 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale **valida per l'anno 2015**, laureato dal _____ con voto _____

FA DOMANDA

Secondo quanto previsto dall'articolo 92, comma 5, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia n. _____ del _____

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 (**dichiarazione sostitutiva di certificazione**)

DICHIARA

di essere residente nel comune di _____ dal (gg/mm/aaaa) _____ precedenti residenze indicare (gg/mm/aaaa) dal _____ al _____ dal _____ al _____

di essere titolare di Continuità Assistenziale presso la Azienda _____ della Regione _____

di **essere/non essere** * in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza (*cancellare la voce non d'interesse).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

L'indirizzo p.e.c. _____

La propria residenza

Il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____ indirizzo _____

Data.....

Firma per esteso

In luogo dell'autenticazione della firma, allegare fotocopia semplice di un documento di identità

In caso di trasmissione di domanda e degli allegati tramite posta certificata, poiché i documenti devono essere firmati digitalmente, tale possibilità è usufruibile solo se già disponibile questo requisito.

La mancata indicazione nella domanda dei dati relativi alla residenza, comporta la non assegnazione dei punteggi aggiuntivi, previsti dall'art. 92 comma 5 dell'ACN per la medicina generale.

Si allega Allegato L ai sensi dell'art. 34 comma 14.



**Domanda di partecipazione alla assegnazione degli incarichi vacanti di
Emergenza Sanitaria Territoriale (Per Trasferimento)**

**Bollo
€ 16,00**

All'Azienda Ospedaliera ...

Il sottoscritto Dott. _____ consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/200 dichiara di essere nato a _____ Prov. _____ il _____ codice fiscale _____ di essere residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____ CAP. _____ tel. _____ a far data dal _____ e residente nel territorio della Regione _____ dal _____ titolare di incarico a tempo indeterminato per l'emergenza sanitaria territoriale presso l'Azienda Ospedaliera _____ della Regione _____ dal _____ e con anzianità complessiva di Emergenza Sanitaria Territoriale pari a mesi _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

Secondo quanto previsto dall'articolo 92, comma 5, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia n. _____ del _____

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 (**dichiarazione sostitutiva di certificazione**)

DICHIARA

di essere stato titolare di incarico a tempo indeterminato per l'emergenza sanitaria territoriale presso:

- la AO di _____ regione dal _____ al _____ detratti i periodi di eventuale sospensione dell'incarico
- la AO di _____ regione dal _____ al _____ detratti i periodi di eventuale sospensione dell'incarico
- con anzianità complessiva di assistenza primaria pari a mesi _____

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- L'indirizzo p.e.c.
- La propria residenza
- Il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____ indirizzo _____

Data.....

Firma per esteso.....

In luogo dell'autenticazione della firma, allegare fotocopia semplice di un documento di identità

In caso di trasmissione di domanda e degli allegati tramite posta certificata, poiché i documenti devono essere firmati digitalmente, tale possibilità è usufruibile solo se già disponibile questo requisito.

Si allega Allegato L ai sensi dell'art. 33 comma 14.

**AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA****Allegato L dell'ACN per la medicina generale del 29.07.2009**

Il sottoscritto Dott.....
nato a..... il..... residente in.....
Via/Piazza..... n..... iscritto all'Albo
dei..... della Provincia di....., ai
sensi e agli effetti dell'art.47, del DPR 28 dicembre 2000, n. 445

Dichiara formalmente di

1. essere non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):
Soggetto..... ore settimanali.....
Via..... Comune di..... Tipo di rapporto di lavoro
..... Periodo: dal.....
2. essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n..... scelte e con n° scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese diAzienda
3. essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n°scelte
Periodo: dal.....
4. essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno: (2)
Azienda branca..... ore sett.....
Azienda..... branca..... ore sett.....
5. essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)
Provincia..... branca.....
Periodo: dal.....
6. avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n. 502/92:
Azienda..... Via.....
Tipo di attività

- Periodo: dal
7. essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione..... o in altra Regione (2): Regione.....
Azienda..... ore sett..... in forma attiva -in forma di disponibilità (1)
 8. essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:
Denominazione del corso Soggetto pubblico che lo svolge.....
Inizio: dal
 9. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni. (2)
Organismo..... Ore sett.....
Via..... Comune di
 - Tipo di Attività.....
Tipo di rapporto di lavoro.....
Periodo: dal.....
 10. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:
(2)
Organismo..... Ore sett.....
Via..... Comune di
 - Tipo di Attività.....
Tipo di rapporto di lavoro.....
Periodo: dal.....
 11. svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008 n. 81:
Azienda..... ore sett.....
Via..... Comune di.....
Periodo:dal.....
 12. svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)
Azienda..... Comune di.....
Periodo:dal.....
 13. avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2)
.....
.....
.....
Periodo: dal
 14. essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

-
.....
15. fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:.....
Periodo: dal
16. svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere: nessuna)
.....
Periodo: dal
17. essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato: (1) (2)
Azienda Comune ore
sett. Tipo di attività Periodo: dal
.....
18. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7):
Soggetto pubblico..... Via Comune di
.....
Tipo di attività
Tipo di rapporto di lavoro:
Periodo: dal
19. essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (2)
.....
Periodo: dal
20. fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2)
soggetto erogante il trattamento pensionistico
.....
Pensionato dal

NOTE:

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

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

Data _____ Firma _____

- (1) cancellare la parte che non interessa
(2) completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE"



**Domanda di partecipazione alla assegnazione degli ambiti territoriali carenti di
Pediatria di Libera Scelta(Per Graduatoria)**

**Bollo
€ 16,00**

All' Azienda Sanitaria Locale di

Il sottoscritto Dott. _____ consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 dichiara di essere nato a _____ Prov. _____ il _____ codice fiscale _____ di essere residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____ CAP. _____ tel. _____ a far data dal _____ A.S.L. di residenza _____ e residente nel territorio della Regione _____ dal _____ inserito nella graduatoria regionale di settore di cui dall'articolo 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di Libera Scelta **valida per l'anno 2015**, laureato dal _____ con voto _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'articolo 33, comma 2, lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la Pediatria di Libera Scelta, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di Pediatria di Libera Scelta pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia n _____ del _____ e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito territoriale	Ambito territoriale	Ambito territoriale
.....
.....
.....

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 (**dichiarazione sostitutiva di certificazione**)

DICHIARA

di essere residente nel comune di _____ dal (gg/mm/aaaa) _____ precedenti residenze indicare (gg/mm/aaaa) dal _____ al _____ dal _____ al _____

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- l'indirizzo p.e.c.
- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____ indirizzo _____

Data _____ Firma per esteso (*) _____

In luogo dell'autenticazione della firma, allegare fotocopia semplice di un documento di identità
In caso di trasmissione di domanda e degli allegati tramite posta certificata, poiché i documenti devono essere firmati digitalmente, tale possibilità è usufruibile solo se già disponibile questo requisito.

La mancata indicazione nella domanda dei dati relativi alla residenza, comporta la non assegnazione dei punteggi aggiuntivi, previsti dall'art. 33 comma 3 dell'ACN per la pediatria di libera scelta.

Si allega Allegato I ai sensi dell'art. 33 comma 14.



**Domanda di partecipazione alla assegnazione degli ambiti territoriali carenti di
Pediatría di Libera Scelta (Per trasferimento)**

**Bollo
€ 16,00**

All' Azienda Sanitaria Locale di

Il sottoscritto Dott. _____ consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 dichiara di essere nato a _____ Prov. _____ il _____ codice fiscale _____ di essere residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____ CAP. _____ tel. _____ a far data dal _____ e residente nel territorio della Regione _____ dal _____ titolare di incarico a tempo indeterminato per la Pediatría di Libera Scelta presso l'Azienda Sanitaria Locale n. _____ di _____ per l'ambito territoriale _____ della Regione _____ dal _____ e con anzianità complessiva di Pediatría di Libera Scelta pari a mesi _____ e di essere iscritto all'elenco dei pediatri convenzionati della regione _____ dal _____ e di non svolgere altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del SSN eccezion fatta per attività di continuità assistenziale,

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'articolo 33, comma 2, lettera a) e a1) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatría di Libera Scelta, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di Pediatría di Libera Scelta pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia n. _____ del _____ e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito territoriale	Ambito territoriale	Ambito territoriale
.....
.....
.....

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR 445/2000 (**dichiarazione sostitutiva di certificazione**)

DICHIARA

di essere iscritto nell'elenco dei pediatri convenzionati della regione _____ dal _____
 di essere stato titolare di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale presso:
 • la ASL di _____ regione _____ dal _____ al _____
 detratti i periodi di eventuale sospensione dell'incarico
 di essere stato titolare di incarico a tempo indeterminato di continuità assistenziale presso:
 • la ASL di _____ regione _____ dal _____ al _____
 detratti i periodi di eventuale sospensione dell'incarico
 con anzianità complessiva di continuità assistenziale pari a mesi _____

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- L'indirizzo p.e.c.
 - La propria residenza
 - Il domicilio sotto indicato:
- c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____ indirizzo _____

Data _____ Firma per esteso (*) _____

In luogo dell'autenticazione della firma, allegare fotocopia semplice di un documento di identità
In caso di trasmissione di domanda e degli allegati tramite posta certificata, poiché i documenti devono essere firmati digitalmente, tale possibilità è usufruibile solo se già disponibile questo requisito.

Si allega Allegato I ai sensi dell'art. 33 comma 14.

DICHIARAZIONE INFORMATIVA**(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)****Allegato I dell'ACN per la Pediatria di Libera Scelta del 29.07.2009)**

Il sottoscritto Dott.....
nato a..... il..... residente in.....
Via/Piazza..... n..... iscritto all'Albo
dei..... della Provincia di....., ai
sensi e agli effetti dell'art.47, del DPR 28 dicembre 2000, n. 445

Dichiara formalmente di

1. essere/non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incarico o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):
Soggetto..... ore settimanali.....
Via..... Comune di..... Tipo di rapporto di lavoro
..... Periodo: dal.....
2. essere/non essere (1) titolare di incarico come Medico di Medicina Generale ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n°..... scelte. Periodo: dal.....
3. essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come Specialista Ambulatoriale Convenzionato: (2)
A.S.L. branca..... ore sett.....
A.S.L..... branca..... ore sett.....
4. essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei Medici Specialisti Convenzionati esterni: (2)
Provincia..... branca..... Periodo:
dal.....
4. essere/non essere (1) titolare di incarico di Continuità Assistenziale o nella Emergenza Sanitaria Territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione.....
o in altra Regione (2): Regione..... A.S.L..... ore sett..... in
forma attiva -in forma di disponibilità (1)
6. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art.43 L. 833/78: (2)
Organismo..... ore sett.....
Via..... Comune di Tipo di attività
..... Tipo di rapporto di lavoro
..... Periodo: dal.....

7. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art.43 L.833/78: (2)
 Organismo..... ore sett.....
 Via..... Comune di Tipo di
 attività..... Tipo di rapporto di
 lavoro..... Periodo:dal.....

8. svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81
 Azienda..... ore sett.....
 Via..... Comune di.....
 Periodo:dal.....

9. svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'A.S.L. di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)
 A.S.L. Comune di.....
 Periodo:dal.....

10. fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:
 Periodo:dal.....

11. svolgere/non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

 Periodo: dal.....

12. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi soggetto pubblico (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn.1,2,3, o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn.4,5,6):
 Soggetto pubblico.....
 Via..... Comune di Tipo di
 attività..... Tipo di rapporto di
 lavoro:.....
 Periodo:dal.....

13. essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a carico di: (2)

 Periodo:dal.....

14. fruire/non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita: (2) soggetto erogante il trattamento di adeguamento.....

 Periodo:dal.....

NOTE

.....

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

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

Data.....

Firma.....

(1) -cancellare la parte che non interessa

(2) -completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE".

— • —

Elenco indirizzi Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere della Lombardia per la presentazione delle domande

A.S.L.	INDIRIZZO	N. TELEFONO
BERGAMO	Dipartimento Cure Primarie e Continuità Assistenziale Unità Operativa Convenzioni Via Gallicciolli, 4 24121 BERGAMO protocollo@pec.asl.bergamo.it	035 – 385043/385174
BRESCIA	Dipartimento Cure Primarie Edificio 2 - Viale Duca degli Abruzzi, 15 25128 BRESCIA servizioprotocollo@pec.aslbrescia.it	030 – 3839324
COMO	UOC Gestione Risorse Umane Personale Convenzionato Via Pessina, 6 22100 COMO risorse.umane@pec.asl.como.it	031 – 370969
CREMONA	Dipartimento Cure Primarie Via San Sebastiano 14 26100 CREMONA dirgen@pec.aslcremona.it	0372 – 497407 /376 /368 / 369
LECCO	Dipartimento delle Cure Primarie C.So Carlo Alberto, 120 23900 LECCO sasp@pec.asl.lecco.it	0341 – 482240
LODI	Dipartimento Cure Primarie e Continuità Assistenziale Piazza Ospitale, 10 26900 LODI protocollo.lodi@pec.asl.lodi.it	0371 – 5874460
MANTOVA	Dipartimento Cure Primarie Via dei Toscani, 1 46100 MANTOVA dipartimento.cureprimarie@pec.aslmn.it	0376 – 334545
MILANO	Dipartimento SSB Cure Primarie ss. Amm.ne Personale Convenzionato Corso Italia , 19 20122 MILANO dipcureprimarie@pec.asl.milano.it	02/85783323; 02/85783202

MILANO 1	Dipartimento Cure Primarie - Ufficio Convenzioni Via Per Cesate 62 20024 GARBAGNATE MILANESE/MI attivita.amministrativa.cureprimarie@pec.aslmi.lit	Domande ambiti carenti MMG/PDF: 02/49510407 - 408 Domande ore vacanti Continuità Assistenziale: 02/49510405 - 406
MILANO 2	Dipartimento Cure Primarie Serv. Assistenza Medica di Base e Convenzioni Via Turati, 4 20063 CERNUSCO SUL NAVIGLIO protocollo@pec.aslmi2.it	02 – 92654414/4413 Domande ambiti MMG/PDF Domande Continuità Assistenziale 02 – 92654415
MONZA E BRIANZA	Dipartimento delle Cure Primarie e Gestione del Territorio Viale Elvezia, 2 20900 Monza protocollo.aagg@pec.aslmb.it	CA / PDF tel. 039 2384883 MMG tel. 039 2384846/850/837
PAVIA	Dipartimento Cure Primarie Viale Indipendenza, 3 27100 PAVIA protocollo@pec.asl.pavia.it	0382 – 432324
SONDRIO	Dipartimento Cure Primarie Via Nazario Sauro, 38 23100 SONDRIO protocollo.pec@aslsondrio.it	0342 – 555715 0342 – 555868
VARESE	Via Ottorino Rossi, 9 21100 VARESE protocollo@pec.asl.varese.it	0332 – 277439
VALLECAMONICA	Dipartimento Cure Primarie Via Nissolina, 2 25043 BRENO – BS protocollo@pec.aslvallecamonicense.it	0364 – 329217
A.O. VALTELLINA VALCHIAVENNA	Azienda Ospedaliera della Valtellina e della Valchiavenna Via Stelvio, 25 23100 Sondrio per domande MET direzionemedica.so@pec.aovv.it	0342521111/0342521541