

## Schema di domanda

per il conferimento di incarico di medico fiduciario per la località di:.....

Il/La sottoscritto/a ..... Nato/a a .....  
Prov. .... il .....  
Cittadinanza ..... Residente in .....  
via / piazza ..... n. ....  
CAP ..... tel. .... Cellulare .....  
PEC ..... E-mail .....  
cod. Fisc. ....

Chiede ai sensi del Decreto ministeriale 25 giugno 2013, n. 95  
Regolamento recante: «*Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti libero professionali tra il Ministero della salute ed i medici generici fiduciari incaricati dell'assistenza sanitaria e medico-legale al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile*». (GU n.193 del 19-8-2013) di poter partecipare all'avviso pubblico per l'attribuzione di incarico di medico generico fiduciario per la località di .....

A tal fine,

consapevole delle conseguenze civili e penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 «*Testo Unico delle disposizioni legislative regolamentari in materia di documentazione amministrativa*» e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo Unico, in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità,

### Dichiara

- di essere laureato/in medicina e chirurgia .....  
con voto.....  
presso l'Università .....di.....  
in data .....
- di essere abilitato all'esercizio della professione di.....  
nella sessione.....  
presso l'Università di.....
- di essere iscritto/a all'Albo professionale .....  
dei medici chirurghi presso l'Ordine provinciale/regionale  
di ..... dal .....
- di essere in regola con i crediti ECM previsti per l'anno precedente dalla legislazione vigente;
- di avere la disponibilità nella località in cui deve essere conferito l'incarico di idoneo studio medico provvisto di sistema informatico collegato in rete:

Località ..... in Via .....

Tel.....Cellulare.....

PEC .....E-mail .....

di essere in possesso di conoscenze informatiche tali da garantire, dal momento dell'assunzione dell'incarico, il corretto uso di apparecchiature e programmi informatici.

**Dichiara inoltre di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:**

- specializzazione in medicina del lavoro o in medicina legale o in medicina aeronautica e spaziale:  
in.....conseguita il.....  
presso l'Università.....  
con voto .....
- *specializzazione o libera docenza in medicina interna o discipline equipollenti ai sensi delle vigenti disposizioni:*  
in ..... conseguita il.....  
presso l'Università di .....
- *specializzazione in disciplina affini a quelle previste ai punti precedenti, ai sensi delle vigenti disposizioni:*  
in ..... conseguita il .....
- *attestato di formazione in medicina generale di cui all'articolo 1, comma 2 e all'articolo 2, comma 2, del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 256 e diploma di formazione specifica in medicina generale, di cui al decreto legislativo 17 agosto 1999 n. 368, al decreto legislativo 8 luglio 2003, n. 277 e al decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 206:*  
*conseguito il .....*  
presso l'Università di .....

Titoli di servizio:

Attività di medico generico fiduciario, di medico generico fiduciario domiciliare o di medico generico presso un ambulatorio a diretta gestione dell'Ufficio SASN:

presso .....

dal ..... al .....

presso .....

dal ..... al .....

presso .....

dal ..... al .....

presso .....

dal ..... al .....

presso .....

dal ..... al .....

presso .....

dal ..... al .....

presso .....

dal ..... al .....

presso .....

dal ..... al .....

presso .....

dal ..... al .....

presso .....

dal ..... al .....

presso .....

dal ..... al .....

Attività di sostituzione del medico generico fiduciario, del medico generico fiduciario domiciliare  
o del medico generico presso un ambulatorio a diretta gestione dell'ufficio SASN:

presso .....

dal ..... al .....

presso .....

dal ..... al .....

presso .....

dal ..... al .....

presso .....

dal ..... al .....

presso .....

dal ..... al .....

presso .....

dal ..... al .....

presso .....

dal ..... al .....

presso .....

dal ..... al .....

presso .....

dal ..... al .....

presso .....

dal ..... al .....

presso .....

dal ..... al .....

Attività di medico generico fiduciario di controllo o di medico specialista presso un ambulatorio  
a diretta gestione dell'ufficio SASN:

presso .....

dal .....al.....

presso .....

dal .....al.....

presso .....

dal .....al.....

presso .....

dal .....al.....

presso .....

dal .....al.....

presso .....

dal .....al.....

presso .....

dal .....al.....

presso .....

dal .....al.....

presso .....

dal .....al.....

presso .....

dal .....al.....

presso .....

dal .....al.....

presso .....

dal .....al.....

Attività di servizio svolta presso strutture sanitarie pubbliche:

presso .....

dal ..... al .....

presso .....

dal ..... al .....

presso .....

dal ..... al .....

presso .....

dal ..... al .....

presso .....

dal ..... al .....

presso .....

dal ..... al .....

presso .....

dal ..... al .....

presso .....

dal ..... al .....

presso .....

dal ..... al .....

presso .....

dal ..... al .....

presso .....

al ..... al .....

presso .....

dal ..... al .....

Attività di medicina generale a rapporto convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'ACN del 23/03/2005 e s.m.i.:

presso .....

dal .....al.....

presso .....

dal .....al.....

presso .....

dal .....al.....

presso .....

dal .....al.....

presso .....

dal .....al.....

presso .....

al .....al.....

presso .....

dal .....al.....

presso .....

dal .....al.....

presso .....

dal .....al.....

presso .....

dal .....al.....

presso .....

dal .....al.....

presso .....

dal .....al.....

Attività di servizio svolta come medico di ruolo presso altre amministrazioni pubbliche:

presso .....

dal .....al.....

presso .....

dal .....al.....

presso .....

dal .....al.....

presso .....

dal .....al.....

presso .....

dal .....al.....

presso .....

dal .....al.....

presso .....

dal .....al.....

presso .....

dal .....al.....

presso .....

dal .....al.....

presso .....

dal .....al.....

presso .....

dal .....al.....

presso .....

dal .....al.....



Servizio militare di leva in qualità di ufficiale medico di complemento per un massimo di 12 mesi:

presso.....

dal .....al.....

- L'applicazione, nei propri confronti, dei seguenti provvedimenti di natura disciplinare comminati dall'Ordine:

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

- L'applicazione, nei propri confronti, delle seguenti misure disciplinari irrogate dal Ministero della salute nell'ambito di un rapporto convenzionale:

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

- Di non essere cessato dall'incarico di medico fiduciario del Ministero della salute per una delle cause indicate nell'art. 8 comma 1, dalla lettera a) alla lettera g) del succitato D.M. n.95/2013, che qui si riportano:

- a) per raggiungimento dei limiti di età' previsti dall'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. per il personale medico del S.S.N;<sup>1</sup>*  
*b) per insorgenza di un motivo di incompatibilità', di cui all'articolo 3 del presente accordo;*  
*c) per decadenza e revoca ai sensi del successivo articolo 9,*

---

<sup>1</sup>

“70 anni di età, come previsto dalla norma transitoria n. 8 di cui all'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. n.. 502 del 1992, sottoscritto il 27 maggio 2009 (testo consolidato)”.

- comma 4, lettere e) ed f);*  
*d) per condanna passata in giudicato per reato punito con la reclusione;*  
*e) per cancellazione o radiazione dall'albo professionale;*  
*f) per incapacita' fisica sopravvenuta, accertata da apposita commissione costituita da un medico designato dal competente ufficio SASN, che la presiede, da un medico designato dall'interessato e da un medico designato dal presidente dell'ordine dei medici o suo delegato, della provincia di residenza del medico;*  
*g) per recesso del medico, da comunicare al competente ufficio SASN con preavviso di almeno 30 giorni.*

In caso affermativo specificare la tipologia della causa della cessazione:

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

**INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi dell'art. 13 D. Lgs 30 giugno 2003, n. 196 e in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo che il trattamento dei dati personali richiesti è finalizzato, da parte di questa Amministrazione, esclusivamente al conferimento dell'incarico di Medico fiduciario per l'assistenza sanitaria al personale navigante marittimo e dell'aviazione civile ed alla gestione del rapporto di lavoro inerente il predetto incarico.

Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra, pertanto, il sottoscrittore della domanda non potrà essere valutato nel caso in cui non acconsenta al trattamento dei propri dati personali. L'art. 7 del citato D. Lgs. conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui: ottenere dal Titolare del trattamento dei dati 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. Titolare del trattamento dei dati è la Direzione generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute. I dati inerenti il rapporto di lavoro saranno pubblicati sul Portale del Ministero della Salute.

Il / La sottoscritto/a dichiara formalmente, sotto la propria responsabilità, che le informazioni riportate corrispondono al vero e si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che dovesse intervenire dopo la sottoscrizione di tale comunicazione, tale da modificare quanto sopra dichiarato.

Il sottoscritto, inoltre, autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

In fede

Firma .....

Data .....