

## C) CONCORSI

### Amministrazione regionale

**Comunicato regionale del 16 aprile 2017 - n. 59**  
**Direzione generale Welfare - Pubblicazione ordinaria e straordinaria ambiti territoriali carenti di assistenza primaria, di pediatria di famiglia e incarichi vacanti di continuità assistenziale ed emergenza sanitaria territoriale**

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 rilevati dalle Agenzie di Tutela della Salute e gli incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale rilevati dall'Azienda Socio Sanitaria Territoriale ASST Valtellina e Alto Lario.

#### 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 Agenzie di Tutela della Salute competenti per territorio e all'Azienda Socio Sanitaria Territoriale a pena di inammissibilità **entro e non oltre l'11 maggio 2018** con le seguenti modalità:

- domanda firmata digitalmente inviata a mezzo pec all'indirizzo pec dell'ATS e dell'ASST
- raccomandata R/R (non si terrà conto del timbro postale).
- consegna diretta all'ufficio indicato

#### 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-simile domande e autocertificazione informativa allegati L e I
- Indirizzi ATS e ASST riferimenti telefonici

L'elenco degli ambiti carenti pubblicati può essere consultato anche sul sito Internet [www.regione.lombardia.it](http://www.regione.lombardia.it) / **servizi e informazioni / enti e operatori / sistema welfare / Personale del sistema sanitario e sociosanitario, convenzionati e formazione continua / Pubblicazione ambiti carenti e ore vacanti**. I fac-simile delle domande possono essere scaricati dal medesimo sito.

Roberta Brenna

----- • -----

**Ambiti Territoriali carenti di Assistenza Primaria**
**ATS di Bergamo**

| <b>AMBITI TERRITORIALI ORDINARI</b>  | <b>N° POSTI</b> |
|--|-----------------|
| Bergamo, Ponteranica, Sorisole, Torre Boldone, Gorle, Orio al Serio  | 2               |
| Dalmine, Lallio, Levate, Osio Sopra  | 1               |
| Curno, Mozzo, Treviolo   | 2               |
| Boltiere, Osio Sotto   | 1               |
| Azzano San Paolo, Comun Nuovo, Stezzano, Urganò, Zanica  | 2               |
| Albano S. Alessandro, Pedrengo, Torre de Roveri, Scanzorosciate  | 2               |
| Bagnatica, Brusaporto, Costa Mezzate, Montello   | 2               |
| Grumello del Monte, Chiuduno, Telgate, Castelli Calepio  | 3               |
| Cavernago, Calcinate, Bolgare, Mornico al Serio, Palosco   | 1               |
| Trescore Balneario, Cenate Sopra, Cenate Sotto, San Paolo D'Argon, Entratico, Luzzana, Zandobbio, Carobbio degli Angeli, Gorlago   | 3               |
| Berzo San Fermo, Borgo di Terzo, Grone, Vigano S.Martino, Bianzano, Casazza, Gaverina, Monasterolo al Castello, Spinone al Lago, Endine Gaiano, Ranzanico  | 1               |
| Sarnico, Adrara S. Martino, Adrara S.Rocco, Viadanica, Predore, Tavernola Bergamasca, Villongo, Gandosso, Foresto Sparso, Credaro, Vigolo, Parzanica   | 2               |
| Bossico, Fonteno, Riva di Solto, Solto Collina, Sovere   | 1               |
| Costa Volpino, Rogno   | 1               |
| Alzano Lombardo, Ranica, Villa di Serio  | 1               |
| Nembro, Selvino, Aviatico  | 1               |
| Gazzaniga, Cene, Colzate, Vertova, Fiorano al Serio  | 1               |
| Vilminore di Scalve, Colere, Schilpario, Azzone  | 2               |
| Gorno, Oneta, Ponte Nossola, Premolo   | 1               |
| San Giovanni Bianco, San Pellegrino Terme, Taleggio, Veduggio, Camerata Cornello   | 1               |
| Piazza Brembana, Lenna, Valnegrà, Roncobello, Moio dè Calvi, Branzi, Carona, Valleve, Foppolo, Isola di Fondra   | 1               |
| S. Omobono Terme, Rota Imagna, Brumano, Costa Imagna, Corna Imagna, Locatello, Fuiplano V.Imagna, Capizzone, Bedulita, Berbenno, Almenno S.S., Strozza, Almenno S.B., Roncola, Palazzago, Barzana n. 1 obbligo apertura ambulatorio nel comune di S. Omobono Terme | 2               |
| Ambivere, Brembate Sopra, Mapello  | 1               |
| Bonate Sopra, Bonate Sotto, Chignolo d'Isola, Madone, Terno d'Isola  | 2               |
| Calusco d'Adda, Medolago, Solza, Suisio  | 1               |
| Carvico, Sotto il Monte, Villa d'Adda  | 1               |
| Bottanuco, Brembate, Capriate S.Gervasio, Filago   | 3               |
| Caprino Bergamasco, Cisano Bergamasco, Pontida   | 2               |
| Arcene, Brignano Gera D'Adda, Castel Rozzone, Lurano, Pagazzano  | 1               |
| Canonica d'Adda, Pontirolo Nuovo   | 1               |
| Fornovo S.Giovanni, Mozzanica  | 1               |
| Calvenzano, Caravaggio, Misano Gera d'Adda   | 2               |
| Arzago d'Adda, Casirate d'Adda, Treviglio  | 5               |
| Pognano, Spirano   | 1               |
| Covo, Fara Olivana con Sola, Antegnate, Isso, Barbata, Fontanella  | 2               |
| Bariano, Morengo, Romano di Lombardia  | 3               |
| Martinengo, Cortenuova, Cividate al Piano  | 2               |

| <b>AMBITI TERRITORIALI Art.33 C.15</b>  | <b>N° POSTI</b> |
|---|-----------------|
| Cassiglio, Ornica, Valtorta, Cusio, Averara, Santa Brigida, Piazzolo, Piazzatorre, Piazzolo, Olmo al Brembo, Mezzoldo | <b>1</b>        |

**ATS di Brescia**

| <b>AMBITI TERRITORIALI ORDINARI</b>   | <b>N° POSTI</b> |
|---|-----------------|
| Brescia, Collebeato<br>Obbligo apertura in Quartiere Casazza  | <b>1</b>        |
| Brescia, Collebeato<br>Obbligo apertura in zona S.Rocchino/Via Crocifissa di Rosa   | <b>1</b>        |
| Brescia, Collebeato<br>Obbligo apertura Villaggio Sereno  | <b>1</b>        |
| Brescia, Collebeato<br>Obbligo apertura Caionvico   | <b>1</b>        |
| Brescia, Collebeato<br>Obbligo apertura zona Via Chiusure   | <b>1</b>        |
| Brescia, Collebeato<br>Obbligo apertura in zona Porta Venezia   | <b>1</b>        |
| Ospitaletto, Travagliato, Torbole Casaglia, Berlingo, Roncadelle, Castelmella<br>Primo posto accettato obbligo apertura a Roncadelle          | <b>2</b>        |
| Gussago, Cellatica, Rodengo Saiano, Castegnato, Ome   | <b>1</b>        |
| Flero, Capriano del Colle, Azzano Mella, Poncarale, Borgosatollo, Montirone, San Zeno, Castenedolo<br>Obbligo apertura a Poncarale e San Zeno | <b>1</b>        |
| Flero, Capriano del Colle, Azzano Mella, Poncarale, Borgosatollo, Montirone, San Zeno, Castenedolo<br>Obbligo apertura a Castenedolo          | <b>1</b>        |
| Botticino, Rezzato, Mazzano, Nuvolera, Nuvolento<br>Primo posto assegnato obbligo apertura a Rezzato  | <b>4</b>        |
| Bovegno, Collio<br>Obbligo apertura a Bovegno e a Collio  | <b>1</b>        |
| Lodrino, Marcheno<br>Obbligo apertura a Lodrino   | <b>1</b>        |
| Lumezzane   | <b>3</b>        |
| Gardone V.T., Polaveno, Brione  | <b>1</b>        |
| Concesio  | <b>1</b>        |
| Iseo, Monte Isola, Sulzano, Marone, Sale Marasino, Zone   | <b>1</b>        |
| Adro, Capriolo  | <b>1</b>        |
| Palazzolo sull'Oglio, Pontoglio<br>Obbligo apertura a Pontoglio   | <b>1</b>        |
| Palazzolo sull'Oglio, Pontoglio<br>Obbligo apertura Palazzolo sull'Oglio  | <b>1</b>        |
| Palazzolo sull'Oglio, Pontoglio<br>Obbligo apertura a Palazzolo sull'Oglio frazione S.Pancrazio   | <b>1</b>        |
| Castelcovati, Comezzano-Cizzago<br>Obbligo apertura a Calstelcovati   | <b>1</b>        |
| Castrezzato, Trenzano<br>Obbligo apertura a Castrezzato   | <b>1</b>        |
| Chiari  | <b>1</b>        |

Serie Avvisi e Concorsi n. 17 - Giovedì 26 aprile 2018

|  |   |
|--|---|
| Roccafranca, Rudiano, Urago d'Oglio  | 1 |
| Cazzago San Martino  | 1 |
| Barbariga, Dello, Longhena, Brandico, Mairano, Lograto, Maclodio<br>Primo posto assegnato obbligo a Longhena | 2 |
| Borgo San Giacomo, Villachiara, Quinzano, San Paolo  | 1 |
| Orzinuovi, Orzivecchi, Pompiano, Corzano<br>Primo posto assegnato obbligo a Orzinuovi                        | 2 |
| Alfianello, Pontevico, Bassano Bresciano, San Gervasio<br>Primo posto assegnato obbligo a San Gervasio       | 2 |
| Ghedi  | 1 |
| Manerbio, Offlaga<br>Primo posto assegnato obbligo a Manerbio  | 2 |
| Verolavecchia, Verolanuova<br>Obbligo apertura a Verolanuova   | 1 |
| Acquafredda, Calcinato, Calvisano, Carpenedolo, Montichiari,<br>Remedello, Visano                            | 3 |
| Salò, Gardone Riviera, San Felice del Benaco   | 1 |
| Lonato   | 1 |
| Bedizzole, Calvagese   | 1 |
| Vobarno, Roè Volciano<br>Obbligo apertura a Vobarno  | 1 |
| Anfo, Lavenone, Idro, Treviso Bresciano, Capovalle, Magasa,<br>Valvestino<br>Obbligo apertura a Capovalle    | 1 |

**ATS della Città Metropolitana di Milano**

| AMBITI TERRITORIALI ORDINARI   | N° POSTI |
|--|----------|
| DISTRETTO MILANO Municipio 1   | 6        |
| DISTRETTO MILANO Municipio 2   | 13       |
| DISTRETTO MILANO Municipio 3   | 9        |
| DISTRETTO MILANO Municipio 4<br><b>1 Vincolo: Apertura ambulatorio nel Quartiere Ponte Lambro</b>  | 11       |
| DISTRETTO MILANO Municipio 5   | 12       |
| DISTRETTO MILANO Municipio 6   | 6        |
| DISTRETTO MILANO Municipio 7   | 7        |
| DISTRETTO MILANO Municipio 8   | 2        |
| DISTRETTO MILANO Municipio 9   | 22       |
| DISTRETTO NORD MILANO Sesto San Giovanni<br><b>1 Vincolo: Apertura ambulatorio in Ciscoscizione Dei Parchi, Cascina gatti, Parpagliona</b> | 6        |
| DISTRETTO NORD MILANO Bresso   | 4        |
| DISTRETTO NORD MILANO Cormano  | 1        |
| DISTRETTO NORD MILANO Cinisello Balsamo  | 7        |
| DISTRETTO RHODENSE, Ambito pluricomunale: Cesate –<br>Garbagnate Mil.se - Solaro   | 5        |
| DISTRETTO RHODENSE, Ambito pluricomunale: Bollate –<br>Baranzate – Novate Mil.se   | 7        |
| DISTRETTO RHODENSE, Ambito pluricomunale: Paderno<br>Dugnano - Senago  | 6        |
| DISTRETTO RHODENSE, Ambito pluricomunale: Pero - Rho   | 3        |
| DISTRETTO RHODENSE, Ambito pluricomunale: Arese - Lainate  | 2        |

|   |   |
|---|---|
| DISTRETTO RHODENSE, Ambito pluricomunale: Cornaredo – Pogliano – Pregnana – Settimo Mil.se - Vanzago  | 6 |
| DISTRETTO RHODENSE, Ambito pluricomunale: Cesano Boscone - Corsico  | 6 |
| DISTRETTO RHODESE, Ambito pluricomunale: Assago – Buccinasco – Cusago – Trezzano sul Naviglio   | 5 |
| DISTRETTO OVEST MILANESE, Ambito pluricomunale: Legnano - Rescaldina  | 3 |
| DISTRETTO OVEST MILANESE, Ambito pluricomunale: Busto Garolfo – Canegrate – Dairago – San Giorgio su Legnano – Villa Cortese  | 2 |
| DISTRETTO OVEST MILANESE, Ambito pluricomunale: Cerro Maggiore - Nerviano - Parabiago - San Vittore   | 3 |
| DISTRETTO OVEST MILANESE, Ambito pluricomunale: Castano Primo – Magnago – Robecchetto con Induno – Turbigo – Vanzaghella - Nosate   | 3 |
| DISTRETTO OVEST MILANESE, Ambito pluricomunale: Cuggiono – Arconate - Bernate Tic. - Buscate – Inveruno<br><b>1 Vincolo: Apertura ambulatorio nel Comune di Cuggiono</b>                | 1 |
| DISTRETTO OVEST MILANESE, Ambito pluricomunale: Boffalora – Corbetta – Magenta – Marcallo con Casone – Mesero – Robecco sul Naviglio  | 2 |
| DISTRETTO OVEST MILANESE, Ambito pluricomunale: Arluno – Bareggio – Ossona – Casorezzo – S. Stefano Ticino – Sedriano - Vittuone  | 7 |
| DISTRETTO OVEST MILANESE, Ambito pluricomunale: Abbiategrasso – Besate – Morimondo – Motta Visconti - Ozzero  | 4 |
| DISTRETTO OVEST MILANESE, Ambito pluricomunale: Albairate – Calvignasco – Cisliano – Gaggiano – Rosate – Vermezzo – Bubbiano – Cassinetta di Lugagnano – Gudo Visconti – Zelo Surrigone | 4 |
| DISTRETTO MELEGNANO E MARTESANA, Ambito pluricomunale: Binasco - Casarile - Lacchiarella - Noviglio - Vernate - Zibido San Giacomo  | 2 |
| DISTRETTO MELEGNANO E MARTESANA, Ambito pluricomunale: Cassano d'Adda - Inzago  | 1 |
| DISTRETTO MELEGNANO E MARTESANA, Ambito pluricomunale: Carugate – Cernusco sul Naviglio   | 8 |
| DISTRETTO MELEGNANO E MARTESANA, Ambito pluricomunale: Gessate - Cambiagio - Bellinzago Lombardo - Pessano con Bornago  | 2 |
| DISTRETTO MELEGNANO E MARTESANA, Ambito pluricomunale: Bussero - Cassina De Pecchi - Gorgonzola   | 4 |
| DISTRETTO MELEGNANO E MARTESANA, Ambito pluricomunale: Carpiano - Cerro al Lambro - Colturano - Dresano - Melegnano - San Zenone al Lambro - Vizzolo Predabissi                         | 2 |
| DISTRETTO MELEGNANO E MARTESANA, Ambito pluricomunale: Liscate – Melzo – Pozzuolo Martesana – Settala – Truccazzano – Vignate   | 7 |
| DISTRETTO MELEGNANO E MARTESANA, Ambito pluricomunale: Locate Triulzi – Opera – Pieve Emanuele  | 3 |
| DISTRETTO MELEGNANO E MARTESANA, Ambito pluricomunale: Mediglia – Pantigliate – Paullo - Tribiano   | 4 |

|  |   |
|--|---|
| DISTRETTO MELEGNANO E MARTESANA, Ambito: Peschiera Borromeo  | 3 |
| DISTRETTO MELEGNANO E MARTESANA, Ambito pluricomunale: Pioltello - Rodano  | 2 |
| DISTRETTO MELEGNANO E MARTESANA, Ambito pluricomunale: Basiglio - Rozzano  | 5 |
| DISTRETTO MELEGNANO E MARTESANA, Ambito: San Donato Milanese   | 1 |
| DISTRETTO MELEGNANO E MARTESANA, Ambito: San Giuliano Milanese   | 4 |
| DISTRETTO MELEGNANO E MARTESANA, Ambito pluricomunale: Segrate - Vimodrone   | 5 |
| DISTRETTO MELEGNANO E MARTESANA, Ambito pluricomunale: Basiano – Grezzago – Masate – Pozzo d’Adda – Trezzano Rosa – Trezzo sull’Adda – Vaprio d’Adda   | 6 |
| DISTRETTO LODI, Ambito pluricomunale: Lodi - Abbazia Cerreto - Boffalora d’Adda - Cavenago d’Adda - Cornegliano Laudese - Corte Palasio – Crespiatica – Mairago – Massalengo - Ossago Lodigiano - San Martino in Strada  | 6 |
| DISTRETTO LODI, Ambito pluricomunale: Casalmaiocco – Cervignano d’Adda – Comazzo – Galgagnano - Lodi Vecchio – Merlino – Montanaso Lombardo – Mulazzano – Sordio – Tavazzano con Villanese – Zelo Buon Persico   | 3 |
| DISTRETTO LODI, Ambito pluricomunale: S. Angelo Lodigiano - Villanova del Sillaro - Borgo San Giovanni - Pieve Fissiraga – Graffignana - S. Colombano al Lambro - Castiraga Vidardo - Marudo - Valera Fratta - Casaleto Lodigiano - Caselle Lurani - Salerano sul Lambro - Borghetto Lodigiano | 5 |
| DISTRETTO LODI, Ambito pluricomunale: Casalpusterlengo-Bertonico-Brembio-Castiglione Adda-Livraga-Orio Litta-Ospedaletto Lodigiano-Segugnago-Senna Lodigiana-Somaglia-Terranova Dei Passerini-Turano Lodigiano   | 3 |

**ATS della Brianza**

| <b>AMBITI TERRITORIALI ORDINARI</b>  | <b>N° POSTI</b> |
|--|-----------------|
| Cesano Maderno   | 1               |
| Desio  | 1               |
| Nova Milanese  | 1               |
| Limbate  | 1               |
| Brugherio  | 1               |
| Monza<br><b>n. 2 vincolo apertura zona San Rocco</b><br><b>n. 1 vincolo apertura zona Centro</b><br><b>n. 2 vincolo apertura zona Cederna</b><br><b>n. 1 vincolo apertura zona Triante</b> | 6               |
| Giussano   | 2               |
| Meda   | 1               |
| Seregno  | 2               |
| Seveso-Barlassina  | 1               |
| Cogiate-Lazzate-Misinto-Ceriano Laghetto<br><b>n. 2 vincolo apertura comune Lazzate</b>  | 2               |

|   |   |
|---|---|
| Agrate-Caponago<br><b>n.1 vincolo apertura frazione Omate</b><br><b>n. 1 vincolo apertura comune Agrate</b>   | 2 |
| Cavenago di Brianza-Bellusco-Mezzago-Ornago<br><b>n. 1 vincolo apertura comune Cavenago</b>   | 1 |
| Lesmo-Correzzana-Camparada<br><b>n. 1 vincolo apertura comune Correzzana</b>  | 1 |
| Bellano-Colico-Dervio-Dorio-Esino Lario-Introzzo-Perledo-Sueglio-Tremenico-Varenna-Vendrognò-Vestreno<br><b>n. 1 vincolo apertura comune Esino Lario</b><br><b>n. 1 vincolo apertura comuni Introzzo-Sueglio-Tremenico-Vestreno</b> | 2 |
| Calolziocorte-Carenno-Erve-Monte Marenzo-Torre de Busi-Vercurago<br><b>n. 1 vincolo apertura comune Calolziocorte (frazione Rossino)</b>  | 1 |
| Olginate-Garlate-Valgrehentino  | 1 |
| Barzago-Barzanò-Cassago Brianza-Cremella-Sirtori-Viganò-Casatenovo-Missaglia-Monticello Brianza<br><b>n. 1 vincolo apertura comune Missaglia</b><br><b>n. 1 vincolo apertura comune Casatenovo</b>                                  | 2 |
| Cernusco Lombardone-Lomagna-Montevicchia-Osnago   | 1 |
| Merate  | 1 |
| Airuno- Brivio-Calco-La Velletta Brianza-Olgiate Molgora-Santa Maria Hoè<br><b>n. 1 vincolo apertura comuni Airuno - Brivio</b>   | 1 |

## ATS della Val Padana

| AMBITI TERRITORIALI ORDINARI   | N° POSTI |
|--|----------|
| Asola, Casalmoro, Mariana, Canneto, Acquanegra, Casalromano  | 2        |
| Castelgoffredo, Casaloldo, Gazoldo, Ceresara, Piubega, Redondesco  | 2        |
| Castiglione Stiviere, Solferino, Cavriana, Medole, Guidizzolo, Ponti sul Mincio, Monzambano, Volta Mantovana, Goito<br>Apertura obbligatoria 1 ambulatorio nel comune di Castiglione delle Stiviere, 1 nel comune di Volta Mantovana e 2 nel comune di Cavriana              | 4        |
| Castelbelforte, Castel D'Ario, Bigarello, Villimpenta, San Giorgio, Porto Mantovano, Roverbella, Marmiolo<br>Apertura obbligatoria di 1 ambulatorio nel comune di Porto Mantovano  | 2        |
| Roncoferraro, Bagnolo S. Vito, Borgo Virgilio, Curtatone, Castellucchio, Rodigo<br>Apertura obbligatoria di 1 ambulatorio nel comune di Curtatone, 1 nel comune di Bagnolo S. Vito e 1 nel comune di Roncoferraro (fraz. Barbasso)   | 3        |
| Mantova  | 5        |
| Ostiglia, Pieve di Coriano, Revere, Serravalle, Sustinente, Poggio Rusco, Magnacavallo, San Giovanni, Schivenoglia, Villa Poma, Quistello, Quingentole, San Giacomo, Sermide - Felonica, Borgofranco, Carbonara<br>Apertura obbligatoria ambulatorio nel comune di Quistello | 1        |

Serie Avvisi e Concorsi n. 17 - Giovedì 26 aprile 2018

|  |          |
|--|----------|
| Suzzara, Motteggiana, Gonzaga, Moglia, Pegognaga, S. Benedetto Po  | <b>3</b> |
| Viadana, Commessaggio, Dosolo, Pomponesco, Sabbioneta, Bozzolo, Gazzuolo, Marcaria, Rivarolo Mantovano, San Martino dell'Argine  | <b>5</b> |
| Bonemerse, Castelverde, Corte de Frati, Cremona, Gerre de Caprioli, Malagnino, Persico Dosimo, Pozzaglio ed Uniti, Robecco d'Oglio, Spinadesco   | <b>8</b> |
| Cappella de Picenardi, Cella Dati, Cicognolo, Derovere, Gabbioneta Binanuova, Gadesco Pieve Delmona, Grontardo, Isola Dovarese, Ostiano, Pescarolo ed Uniti, Pessina cr.se, Pieve d'Olmi, Pieve S.Giacomo, S. Daniele Po, Scandolara Ripa d'Oglio, Sospiro, Stagno Lombardo, Vescovato, Volongo  | <b>5</b> |
| Acquanegra cr.se, Annico, Azzanello, Bordolano, Cappella Cantone, Casalbuttano ed Uniti, Casalmorano, Castelvisconti, Corte de Cortesi con Cignone, Crotta d'Adda, Formigara, Grumello cr.se ed Uniti, Olmeneta, Paderno Ponchielli, Pizzighettone, S.Bassano, Sesto ed Uniti, Soresina  | <b>4</b> |
| Agnadello, Dovera, Palazzo Pignano, Pandino, Rivolta d'Adda, Spino d'Adda  | <b>2</b> |
| Castelleone, Cumignano sul Naviglio, Fiesco, Genivolta, Gombito, Ripalta Arpina, Soncino, Ticengo, Trigolo   | <b>0</b> |
| Bagnolo cr.sco, Camisano, Campagnola cr.sca, Capergnanica, Capralba, Casale cr.sco – Vidolasco, Casaletto Ceredano, Casaletto di Sopra, Casaletto Vaprio, Castel Gabbiano, Chieve, Credera Rubbiano, Crema, Cremosano, Izano, Madignano, Monte cr.sco, Montodine, Moscazzano, Offanengo, Pianengo, Pieranica, Quintano, Ricengo, Ripalta cr.sca, Ripalta Guerina, Romanengo, Salvirola, Sergnano, Torlino Vimercati, Trescore cr.sco, Vaiano cr.sco, Vailate | <b>4</b> |
| Cà d'Andrea, Calvatone, Casalmaggiore, Casteldidone, Cingia de Botti, Drizzona, Gussola, Martignana di Po, Motta Baluffi, Padena, Rivarolo del Re ed Uniti, S.Giovanni in Croce, S. Martino del lago, Scandolara Ravara, Solarolo Rainerio, Spineda, Tornata, Torre de Picenardi, Torricella del Pizzo, Voltido  | <b>2</b> |

**ATS di Pavia**

| <b>AMBITI TERRITORIALI ORDINARI</b>  | <b>N° POSTI</b> |
|--|-----------------|
| Albaredo Arnaboldi, Broni, Campospinoso, Redavalle   | <b>1</b>        |
| Bastida Pancarana, Castelletto Di Branduzzo, Cervesina, Lungavilla, Pancarana, Pizzale, Verretto | <b>1</b>        |
| Bascapè, Landriano, Marzano, Torrevecchia Pia  | <b>1</b>        |
| Borgarello, Certosa, Giussago, Vellezzo Bellini, Rognano   | <b>1</b>        |
| Bornasco, Zeccone, Siziano, Vidigulfo  | <b>2</b>        |
| Casorate Primo   | <b>1</b>        |
| Copiano, Vistarino, Gerenzago, Inverno e Monteleone, Maghero, Torre D'Arese, Villanterio         | <b>1</b>        |
| Linarolo, Valle Salimbene  | <b>1</b>        |
| Ferrera Erbognone, Mezzana Bigli, Sannazzaro   | <b>1</b>        |
| Garlasco, Alagna   | <b>1</b>        |
| Mede   | <b>1</b>        |



|  |   |
|--|---|
| Albonese, Cilavegna, Nicorvo, Parona                                 | 1 |
| Robbio   | 1 |
| Carbonara al Ticino, Villanova D'Ardenghi, Gropello Cairoli, Zerbolò | 1 |
| Pavia, S. Genesio, Torre d'Isola                                     | 2 |
| Cassolnovo, Gravellona   |   |
| Apertura ambulatorio nel comune di Gravellona                        | 1 |
| Vigevano   | 7 |
| Bastida De' Dossi, Casei Gerola, Corana, Cornale, Silvano Pietra     | 1 |
| Voghera  | 1 |

**ATS dell'Insubria**

| <b>AMBITI TERRITORIALI ORDINARI</b>   | <b>N° POSTI</b> |
|---|-----------------|
| Cantello, Clivio, Saltrio, Viggù  | 1               |
| Azzate, Brunello, Buguggiate  | 1               |
| Carnago, Caronno Varesino, Castronno, Sumirago  | 1               |
| Daverio, Crosio della Valle, Casale Litta, Mornago                                      | 1               |
| Busto Arsizio   | 3               |
| Fagnano Olona, Olgiate Olona, Solbiate Olona  | 2               |
| Gorla Maggiore, Gorla Minore, Marnate   | 3               |
| Brescia, Malgesso, Monvalle, Besozzo  | 1               |
| Gallarate   | 4               |
| Cavaria con Premezzo, Oggiona Santo Stefano, Jerago con Orago                           | 1               |
| Cassano Magnago, Cairate  | 2               |
| Samarate  | 2               |
| Portovaltravaglia, Castelveccana, Germignaga, Brezzo di Bedero                          | 1               |
| Caronno Pertusella  | 3               |
| Cislago, Gerenzano  | 2               |
| Origgio, Uboldo   | 1               |
| Saronno   | 3               |
| Angera, Ranco, Taino  | 1               |
| Sesto Calende, Mercallo   | 2               |
| Cadrezzate, Osmate, Travedona Monate, Ispra, Comabbio, Ternate, Varano Borghi, Vergiate | 1               |
| Cardano al Campo  | 2               |
| Somma Lombardo, Vizzola Ticino, Golasecca   | 2               |
| Lonate Pozzolo, Ferno   | 1               |
| Lonate Ceppino, Tradate   | 2               |
| Castelseprio, Castiglione Olona, Gornate Olona  | 1               |
| Malnate   | 1               |
| Cazzago Brabbia, Inarzo, Bodio Lomnago, Galliate Lombardo, Varese, Brinzio, Lozza       | 4               |
| Arosio, Carugo, Cabiato, Mariano Comense  | 2               |
| Figino Serenza, Novedrate   | 1               |
| Brenna, Cantù, Capiago Intimiano, Carimate, Cucciago                                    | 4               |
| Inverigo, Lurago d'Erba   | 1               |
| Erba, Pusiano   | 1               |
| Asso, Barni, Caglio, Lasnigo, Magreglio, Rezzago, Sormano, Valbrona                     | 1               |
| Alserio, Anzano del Parco, Alzate Brianza, Orsenigo                                     | 1               |
| Fenegrò, Limido Comasco, Lurago Marinone  | 1               |
| Casinate con Bernate, Grandate  | 1               |

|  |          |
|--|----------|
| Albiolo, Beregazzo con Figliaro, Binago, Bizzarone, Cagno, Rodero, Ronago, Solbiate, Uggiate Trevano, Valmorea | <b>2</b> |
| Lurate Caccivio, Olgiate Comasco   | <b>2</b> |
| Appiano Gentile, Bulgarograsso, Guanzate, Oltrona San Mamette, Veniano   | <b>1</b> |
| Colverde, Faloppio, Villa Guardia  | <b>1</b> |
| Cadorago, Vertemate  | <b>1</b> |
| Turate   | <b>1</b> |
| Carbonate, Locate Varesino, Mozzate  | <b>3</b> |
| Cirimido, Lomazzo  | <b>1</b> |
| Como, Blevio, Brunate, Senna Comasco   | <b>5</b> |
| Cavallasca, Montano Lucino, San Fermo della Battaglia  | <b>1</b> |

**ATS della Montagna**

| <b>AMBITI TERRITORIALI ORDINARI</b>   | <b>N° POSTI</b> |
|---|-----------------|
| Comune di Livigno   | <b>1</b>        |
| Distretto di Tirano<br>Apertura ambulatorio nel comune di Grosio<br>Apertura ambulatorio nel comune di Lovero<br>Apertura ambulatorio nel comune di Tovo Sant'Agata                 | <b>3</b>        |
| Distretto di Sondrio<br>Apertura ambulatorio nel comune Chiesa in Valmalenco<br>Apertura ambulatorio nel comune Caspoggio<br>Apertura ambulatorio nel comune Berbenno in Valtellina | <b>3</b>        |
| Distretto di Morbegno<br>Apertura ambulatorio nel comune di Piantedo<br>Apertura ambulatorio nel comune di Cosio Valtellino Frazione Regoledo di Cosio                              | <b>3</b>        |
| Distretto di Chiavenna<br>Apertura ambulatorio nel comune di Mese<br>Apertura ambulatorio nel comune di Novate Mezzola  | <b>2</b>        |
| Blessagno<br>Apertura ambulatorio nel comune di Cerano d'Intelvi  | <b>1</b>        |
| Carlazzo<br>Apertura ambulatorio nel comune di Porlezza   | <b>1</b>        |
| Menaggio<br>Apertura ambulatorio nel comune di Tremezzina   | <b>1</b>        |
| Dongo<br>Apertura ambulatorio nel comune di Gravedona   | <b>1</b>        |
| Alta Valcamonica<br>Apertura ambulatorio nel comune di Capo di Ponte<br>Apertura ambulatorio nel comune di Ponte di Legno   | <b>2</b>        |

|   |          |
|---|----------|
| Media Valcamonica<br>Apertura ambulatorio nel comune di Niardo<br>Apertura ambulatorio nel comune di Ossimo Inferiore | <b>2</b> |
| Bassa Valcamonica   | <b>3</b> |

**Ambiti territoriali carenti di Pediatria di Libera Scelta****ATS di Bergamo**

| <b>AMBITI TERRITORIALI ORDINARI AI SENSI DELL'ART.<br/>32 A.C.N.</b> | <b>N° POSTI</b> |
|--|-----------------|
| Alzano Lombardo, Ranica, Villa di Serio, Nembro, Selvino e Aviatico  | <b>1</b>        |

**ATS della Città Metropolitana di Milano**

| <b>AMBITI TERRITORIALI STRAORDINARI</b>  | <b>N° POSTI</b> |
|--|-----------------|
| DISTRETTO MILANO Municipio 4   | <b>1</b>        |
| DISTRETTO OVEST MILANESE, Ambito pluricomunale:<br>Bareggio-Sedriano-Vittuone<br><b>Vincolo: Apertura ambulatorio nel Comune di Sedriano</b>   | <b>1</b>        |
| DISTRETTO MELEGNANO E MARTESANA, Ambito pluricomunale: Paullo-Mediglia-Pantigliate-Tribiano<br><b>Vincolo: Apertura ambulatorio nel Comune di Paullo</b>   | <b>1</b>        |
| DISTRETTO MELEGNANO E MARTESANA, Ambito pluricomunale: Melzo-Liscate-Pozzuolo Martesana-Settala-Truccazzano-Vignate<br><b>Vincolo: Apertura ambulatorio nel Comune di Melzo</b>  | <b>1</b>        |
| DISTRETTO MELEGNANO E MARTESANA, Ambito pluricomunale: Cassano D'adda-Inzago<br><b>Vincolo: Apertura ambulatorio nel Comune di Cassano D'adda</b>  | <b>1</b>        |
| DISTRETTO LODI, Ambito pluricomunale: Lodi - Abbazia Cerreto - Boffalora d'Adda - Cavenago d'Adda - Cornegliano Laudese - Corte Palasio - Crespiatica - Mairago - Massalengo - Ossago Lodigiano - San Martino in Strada<br><b>Vincolo: Apertura ambulatorio nel Comune di Massalengo</b> | <b>1</b>        |
| DISTRETTO LODI, Ambito pluricomunale: Casalmaiocco - Cervignano d'Adda - Comazzo - Galgagnano - Lodi Vecchio - Merlino - Montanaso Lombardo - Mulazzano - Sordio - Tavazzano con Villanesco - Zelo Buon Persico<br><b>Vincolo: Apertura ambulatorio nel Comune di Zelo Buon Persico</b>  | <b>1</b>        |

**ATS della MONTAGNA**

| <b>AMBITI TERRITORIALI ORDINARI AI SENSI DELL'ART.<br/>32 A.C.N.</b> | <b>N° POSTI</b> |
|--|-----------------|
| Distretto di Bormio<br>Apertura ambulatorio nel comune di Bormio     | <b>1</b>        |
| Medio Alta Valcamonica<br>Apertura ambulatorio nel comune di Edolo   | <b>1</b>        |

| <b>AMBITI TERRITORIALI STRAORDINARI</b> | <b>N° POSTI</b> |
|---|-----------------|
| Comune di Livigno                       | <b>1</b>        |

**ATS della Brianza**

| <b>AMBITI TERRITORIALI STRAORDINARI</b>  | <b>N° POSTI</b> |
|--|-----------------|
| <b>Bernareggio-Aicurzio-Ronco Briantino-Sulbiate-Bellusco-Mezzago-Ornago-Cavenago di Brianza</b> | <b>1</b>        |

**ATS della Val Padana**

| <b>AMBITI TERRITORIALI STRAORDINARI</b>  | <b>N° POSTI</b> |
|--|-----------------|
| Viadana, Commessaggio, Dosolo, Pomponesco, Sabbioneta, Bozzolo, Gazzuolo, Marcaria, Rivarolo Mantovano, San Martino dell'Argine<br>Apertura Obbligatoria ambulatorio nel Comune di Bozzolo   | <b>1</b>        |
| Cà d'Andrea, Calvatone, Casalmaggiore, Casteldidone, Cingia de' Botti, Drizzona, Gussola, Martignana di Po, Motta Baluffi, Piadena, Rivarolo del Re ed Uniti, S.Giovanni in Croce, S. Martino del lago, Scandolara Ravara, Solarolo Rainerio, Spineda, Tornata, Torre de' Picenardi, Torricella del Pizzo, Voltido<br>Apertura obbligatoria nei Comuni di Casalmaggiore e Cingia De' Botti | <b>1</b>        |

**ATS INSUBRIA**

| <b>AMBITI TERRITORIALI ORDINARI AI SENSI DELL'ART. 32 A.C.N.</b> | <b>N° POSTI</b> |
|--|-----------------|
| Barasso, Comerio, Luvinate, Varese, Brinzio, Casciago            | <b>1</b>        |

| <b>AMBITI TERRITORIALI STRAORDINARI</b>   | <b>N° POSTI</b> |
|---|-----------------|
| Samarate, Gallarate, Cassano Magnago, Cairate   | <b>1</b>        |
| Caronno Pertusella, Saronno<br>Con obbligo di apertura dell'ambulatorio nel Comune di Caronno Pertusella          | <b>1</b>        |
| Barasso, Comerio, Luvinate, Varese, Brinzio, Casciago   | <b>1</b>        |
| Como, Brunate   | <b>1</b>        |
| Carbonate, Locate Varesino, Mozzate   | <b>1</b>        |
| Brenna, Cantù, Capiago Intimiano, Carimate, Cucciago, Figino Serenza, Senna Comasco Novedrate                     | <b>1</b>        |
| Albavilla, Canzo, Caslino d'Erba, Castelmarte, Erba, Eupilio, Longone al Segrino, Ponte Lambro, Proserpio Pusiano | <b>1</b>        |

| <b>Ore di incarichi vacanti di Continuità Assistenziale</b>         |                       |
|---|-----------------------|
| <b>ATS DELLA LOMBARDIA</b>  | <b>N. Ore vacanti</b> |
| ATS Bergamo   | 4.032                 |
| ATS della MONTAGNA  | 1.176                 |
| ATS BRESCIA   | 4.056                 |
| ATS BRIANZA   | 3.936                 |
| ATS INSUBRIA  | 3.480                 |
| ATS della Città Metropolitana di Milano                             | 12.627                |
| ATS PAVIA   | 1.704                 |
| ATS DELLA VAL PADANA - Sede Territoriale di CREMONA                 | 864                   |
| ATS DELLA VAL PADANA - Sede Territoriale di MANTOVA                 | 1.608                 |
| <b>Ore di incarichi vacanti di Emergenza Sanitaria Territoriale</b> |                       |
| ASST DELLA VALTELLINA E ALTO LARIO                                  | 190                   |



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

**Bollo  
€ 16,00**

All' Agenzia di Tutela della Salute di  
Sede territoriale 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 2018**, 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 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, i documenti, a pena di esclusione, devono essere firmati digitalmente.

**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' Agenzia di Tutela della Salute di  
Sede territoriale 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'Agenzia di Tutela della Salute di 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 ..... detratti i periodi di eventuale sospensione dell'incarico
- la ASL 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, i documenti, a pena di esclusione, devono essere firmati digitalmente.  
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' Agenzia di Tutela della Salute di  
Sede territoriale 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 2018**, 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, i documenti, a pena di esclusione, devono essere firmati digitalmente.

**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' Agenzia di Tutela della Salute di  
Sede territoriale 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 continuità assistenziale presso l'Agenzia di  
Tutela della Salute di 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 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ detratti i periodi di eventuale sospensione dell'incarico
- 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, i documenti, a pena di esclusione, devono essere firmati digitalmente.

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 Socio Sanitaria Territoriale  
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 2018**, 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, i documenti, a pena di esclusione, devono essere firmati digitalmente.

**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)

|                                |
|--------------------------------|
| <b>Bollo</b><br><b>€ 16,00</b> |
|--------------------------------|

All' Azienda Socio Sanitaria Territoriale  
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'emergenza sanitaria territoriale presso l' Azienda Socio Sanitaria Territoriale di... \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_ dettratti i periodi di eventuale sospensione dell'incarico
- la AO 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, i documenti, a pena di esclusione, devono essere firmati digitalmente.

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 di .....Azienda
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 scrive: 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' Agenzia di Tutela della Salute di  
Sede territoriale 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.T.S. 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 2018**, 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, i documenti, a pena di esclusione, devono essere firmati digitalmente.

**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 Pediatria di Libera Scelta (Per trasferimento)**

**Bollo  
€ 16,00**

All' Agenzia di Tutela della Salute di  
Sede territoriale 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 Pediatria di Libera Scelta presso Agenzia di Tutela della Salute n. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ per l'ambito territoriale \_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ e con anzianità complessiva di Pediatria 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 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 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, i documenti, a pena di esclusione, devono essere firmati digitalmente.

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 ATS della Lombardia per la presentazione delle domande***

| <b>ATS -</b>   | <b>INDIRIZZO</b>   | <b>N. TELEFONO</b>  |
|--|--|---|
| <b>ATS di Bergamo</b>                                  | Dipartimento delle Cure Primarie<br>Unità Operativa Convenzioni<br>Via Galliccioli, 4<br>24121 BERGAMO<br><a href="mailto:protocollo@pec.ats-bg.it">protocollo@pec.ats-bg.it</a>   | 035 – 385043/385174   |
| <b>ATS Brescia</b>                                     | Dipartimento delle Cure Primarie<br>Edificio 9 - Viale Duca degli Abruzzi, 15<br>25124 BRESCIA<br><a href="mailto:protocollo@pec.ats-brescia.it">protocollo@pec.ats-brescia.it</a> | 030 – 3839244   |
| <b>ATS della Città<br/>Metropolitana di<br/>Milano</b> | Dipartimento delle Cure Primarie<br>Corso Italia, 19<br>20122 MILANO<br><a href="mailto:protocollogenerale@pec.ats-milano.it">protocollogenerale@pec.ats-milano.it</a>             | DISTRETTO MILANO e<br>DISTRETTO NORD MILANO<br>02/85782342/2468<br><br>DISTRETTO RHODENSE E<br>DISTRETTO OVEST MILANESE<br>02/49510408<br><br>DISTRETTO MELEGNANO E<br>MARTESANA E DISTRETTO<br>LODI<br>02/92654414 |
| <b>ATS della<br/>Brianza</b>                           | Dipartimento delle Cure Primarie<br>Viale Elvezia, 2<br>20900 Monza<br><a href="mailto:protocollo@pec.ats-brianza.it">protocollo@pec.ats-brianza.it</a>                            | 039- 238.4850/4846/4883/4837<br><br>0341- 482280/482240/482716  |
| <b>ATS della Val<br/>Padana</b>                        | Dipartimento delle Cure Primarie<br>Via dei Toscani, 1<br>46100 MANTOVA<br><a href="mailto:protocollo@pec.ats-valpadana.it">protocollo@pec.ats-valpadana.it</a>                    | SEDE DI MANTOVA<br>0376– 334545/548/562/547<br><br>SEDE DI CREMONA<br>0372– 497407/376/368/393  |
| <b>ATS di Pavia</b>                                    | Dipartimento delle Cure Primarie<br>Viale Indipendenza, 3<br>27100 PAVIA<br><a href="mailto:protocollo@pec.ats-pavia.it">protocollo@pec.ats-pavia.it</a>                           | 0382–431245   |
| <b>ATS<br/>dell’Insubria</b>                           | Dipartimento delle Cure Primarie<br>Via Ottorino Rossi, 9<br>21100 VARESE<br><a href="mailto:protocollo@pec.ats-insubria.it">protocollo@pec.ats-insubria.it</a>                    | 0332 – 277439-442   |
| <b>ATS della<br/>Montagna</b>                          | Dipartimento delle Cure Primarie<br>Via Nazario Sauro, 38<br>23100 SONDRIO<br><a href="mailto:protocollo@pec.ats-montagna.it">protocollo@pec.ats-montagna.it</a>                   | 0342 – 555868   |
| <b>ASST della<br/>Valtellina e Alto<br/>Lario</b>      | UOC Risorse Umane-specialistica<br>ambulatoriale<br>Via Stelvio 25,<br>23100 Sondrio<br><a href="mailto:direzione@pec.asst-val.it">direzione@pec.asst-val.it</a>                   | 0342-521133   |