

REPUBBLICA ITALIANA



REGIONE SICILIANA
ASSESSORATO DELLA SALUTE

DIPARTIMENTO REGIONALE PER LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA
IL DIRIGENTE GENERALE

BANDO INCARICHI VACANTI R.U.A.P. ANNO 2025

- VISTO lo Statuto della Regione Siciliana;
- VISTA la legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale n. 833 del 23 dicembre 1978;
- VISTO il D.L.vo 502/92, come modificato dal D.L.vo 517/93, ed ulteriormente modificato ed integrato dal D.L.vo 229/99;
- VISTO l'Accordo Collettivo Nazionale dei Medici di Medicina Generale del 04/04/2024;
- VISTO il D.A. n. 605 dell' 11 giugno 2025 con il quale, ad integrazione del D.A. n. 1349 del 13 dicembre 2023, sono state istituite le A.F.T. con la conseguente rideterminazione degli ambiti territoriali per la valutazione del fabbisogno assistenziale del Ruolo Unico di Assistenza Primaria a scelta e su base oraria;
- VISTO il D.A. n. 1411 del 10 dicembre 2025, con il quale è stato reso esecutivo l'Accordo Integrativo Regionale di Medicina Generale;
- VISTO l'art. 34 dell'A.C.N. 04/04/2024 che definisce le nuove procedure per l'assegnazione degli incarichi vacanti di assistenza primaria a ruolo unico e di quelli che si renderanno disponibili nel corso dell'anno, individuati dalle Aziende sulla base dei criteri di cui all'art. 32;
- VISTO il D.D.G. n. 1271 del 18/11/24 (G.U.R.S. n. 53 del 29/11/24) e s.m.i., con il quale è stata approvata la Graduatoria Regionale definitiva di Medicina Generale valida per l'anno 2025;
- VISTO l'art. 34 comma 5 dell'A.C.N. 04/04/2024 ai sensi del quale possono concorrere al conferimento degli incarichi:
- a) per trasferimento tra Aziende, i medici titolari a tempo indeterminato di assistenza primaria iscritti da almeno due anni in un elenco della Regione che pubblica l'avviso e quelli iscritti da almeno quattro anni in un elenco di altre Regioni;

- b) i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso;
- c) i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valida per l'anno in corso;
- d) i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale, non compresi nella lettera precedente;
- e) i medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12, e s.m.i. esclusivamente nella stessa Regione presso la quale stanno frequentando il corso di formazione specifica in medicina generale;
- f) i medici ai sensi dell'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, esclusivamente nella stessa Regione presso la quale stanno frequentando il corso di formazione specifica in medicina generale.

VISTO l'art. 34 comma 6 dell'A.C.N. 04/04/2024 ai sensi del quale i medici già titolari di incarico del ruolo unico di assistenza primaria a tempo indeterminato possono concorrere all'assegnazione solo per trasferimento;

VISTO l'art. 34 comma 14 introdotto dall'A.C.N. 04/04/2024, ai sensi del quale la Regione per l'assegnazione degli incarichi ai medici di cui alla precedente lettera b) (medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso), riserva una percentuale, calcolata sul numero complessivo dei suddetti incarichi, pari all' 80% a favore dei medici in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale e del 20% a favore dei medici in possesso del titolo equipollente;

VISTO l'art. 34 comma 15 dell'A.C.N. 04/04/2024, ai sensi del quale gli aspiranti all'assegnazione degli incarichi vacanti possono concorrere esclusivamente per una delle riserve di assegnazione, fatto salvo il disposto di cui al comma 14 il quale prevede che, qualora non vengano assegnati, per carenza di domande, incarichi spettanti ad una delle riserve, gli stessi vengano assegnati all'altra;

VISTO l'art. 34 comma 20 dell'A.C.N. 28/04/2022, ai sensi del quale la Regione provvede alla convocazione dei medici aventi titolo con un preavviso di 15 giorni mediante P.E.C.;

VISTE le note prot. n. 39022 del 28 agosto 2025, prot. n. 45995 del 15 ottobre 2025 e prot. n. 55393 del 12 dicembre 2025 con le quali l'Amministrazione Regionale ha attivato le procedure di ricognizione, invitando le AA.SS.PP. ad individuare e comunicare gli incarichi vacanti di Assistenza Primaria a ruolo unico relativi all'anno 2025, in esito agli adempimenti preliminari previsti dall'ACN;

PRESO ATTO delle comunicazioni pervenute da parte delle AA.SS.PP. della Regione relativamente agli incarichi vacanti di assistenza primaria a ruolo unico relativi all'anno 2025;

RITENUTO di dover provvedere alla pubblicazione degli incarichi vacanti di assistenza primaria a ruolo unico individuati dalle AA. SS. PP.;

VISTO il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, approvato con D.P.R. 28/12/00 n.445;

VISTE le norme in materia di trasparenza e di pubblicità dell'attività amministrativa di cui all'art. 68 della L. R. 12 agosto 2014 n. 21 e s. m. i.;

DECRETA

ART. 1 Gli incarichi vacanti di assistenza primaria a ruolo unico, relativi all'anno 2025 e dei quali con il presente decreto si dispone la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana, sono quelli indicati nell'elenco allegato al presente decreto.

ART. 2 Possono concorrere al conferimento degli incarichi sopra elencati, secondo il seguente ordine di priorità:

- a) per trasferimento tra Aziende, i medici titolari a tempo indeterminato di assistenza primaria iscritti da almeno due anni in un elenco della regione che pubblica l'avviso e quelli iscritti da almeno quattro anni in un elenco di altre Regioni;
- b) i medici inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso;
- c) i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valida per l'anno in corso;
- d) i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale, non compresi nella lettera precedente;
- e) i medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12, e s.m.i. esclusivamente nella stessa Regione presso la quale stanno frequentando il corso di formazione specifica in medicina generale;
- f) i medici ai sensi dell'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, esclusivamente nella stessa Regione presso la quale stanno frequentando il corso di formazione specifica in medicina generale.

ART. 3 I medici interessati, di cui ai precedenti artt. 2 e 4, **entro 20 giorni dalla pubblicazione del presente decreto sulla G.U.R.S.** devono trasmettere, a mezzo raccomandata a.r., apposita domanda, secondo gli schemi allegati "A" e "A1" (trasferimenti), "B" e "B1" (assegnazione per graduatoria), "C" e "C1" (medici non inseriti in graduatoria ma in possesso del diploma di formazione specifica in Medicina Generale), "D" e "D1" (medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale, non compresi nella lettera

precedente, “E” e “E1” (medici iscritti al corso di formazione specifica in Medicina Generale ai sensi dell’art. 9, c. 1 del D.L. 135/2018, convertito con modificazioni dalla L. 12/2019 organizzato dalla Regione Siciliana, “F” e “F1” (medici iscritti al corso di formazione in medicina generale ai sensi dell’art. 12, c. 3 del D.L. 35/2019, convertito con modificazioni dalla L. 60/2019 organizzato dalla Regione Siciliana, all'Assessorato Regionale della Salute – Dipartimento per la Pianificazione Strategica – Servizio 1 “Personale del S. S. R. – Dipendente e Convenzionato ” – p. zza Ottavio Ziino n. 24 - 90145 Palermo, indicando gli ambiti territoriali carenti per i quali intendono concorrere.

- ART. 4 L'Assessorato Regionale della Salute procederà alle convocazioni per l'attribuzione degli incarichi vacanti, esclusivamente tramite comunicazione inviata per mezzo di posta elettronica certificata (PEC) con preavviso di 15 giorni. A tal fine, i medici dovranno indicare nella domanda un indirizzo PEC personale, pena la mancata comunicazione della convocazione. L'elenco dei medici convocati, il giorno, il luogo e l'ora della convocazione saranno pubblicati sul sito dell'Assessorato Regionale della Salute.
- ART. 5 I medici di cui al punto a) del precedente art. 2 sono graduati in base all’anzianità di incarico a tempo indeterminato come medici del ruolo unico di assistenza primaria (o appartenenti ai settori che sono confluiti nel ruolo unico ai sensi dell’ACN entrato in vigore il 28/04/2022 – assistenza primaria e continuità assistenziale), detratti i periodi di eventuale sospensione dall’incarico di cui all’art. 22, c. 1. In caso di servizi contemporanei se ne valuta uno solo.
- ART. 6 I medici di cui al punto b) del precedente art. 2 devono dichiarare nella domanda di essere inclusi nella graduatoria regionale di medicina generale della Regione Siciliana valida per l’anno 2025, specificando il punteggio conseguito.
- ART. 7 I medici di cui ai punti c) e d) del precedente art. 2 devono autocertificare il possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale indicando, altresì, la data e il voto di laurea.
- ART. 8 I medici di cui all’articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12, e s.m.i. esclusivamente nella stessa Regione presso la quale stanno frequentando il corso di formazione specifica in medicina generale;
- ART. 9 I medici ai sensi dell’articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, esclusivamente nella stessa Regione presso la quale stanno frequentando il corso di formazione specifica in medicina generale;
- ART. 10 In allegato alla domanda gli aspiranti devono inoltrare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante se alla data di presentazione della domanda abbiano in atto rapporti di lavoro dipendente, anche a titolo precario, trattamenti di pensione e se si trovino in posizione di incompatibilità, secondo lo schema allegato “G”.
- ART. 11 Al fine del conferimento degli incarichi i medici di cui alla lett. b) dell’art. 2 del presente decreto sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:
- a) punteggio riportato in graduatoria regionale 2025;

b) punti 5 per i medici che nell'ambito territoriale in cui è pubblicato l'incarico vacante abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale e che abbiano mantenuto tale requisito fino al conferimento dell'incarico;

c) punti 20 per i medici residenti nel territorio regionale da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale e che abbiano mantenuto tale requisito fino al conferimento dell'incarico.

I medici che intendono fruire del punteggio aggiuntivo di cui ai punti b) e c) del presente articolo devono compilare apposita dichiarazione di residenza storica sensi del D.P.R. 445/00 (all. "B1").

ART. 12 In caso di pari posizione in graduatoria i medici di cui all'art. 2 lett. a) e b) sono graduati nell'ordine della minore età, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea;

ART. 13 I medici di cui alle lettere c) e d) dell'art. 2 del presente decreto sono graduati nell'ordine della minore età al conseguimento del diploma di laurea, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea, con priorità di interpello per i medici residenti nell'ambito carente, nell'Azienda, nella Regione Sicilia e da ultimo fuori regione.

ART. 14 Qualora espletate le procedure di cui agli articoli precedenti rimangano ancora incarichi vacanti saranno interpellati i medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale presso la Regione Siciliana, i quali abbiano presentato la relativa istanza, con priorità per i medici di cui all'art. 9 comma 1 del D.L. n. 135/2018 "Disposizioni urgenti in materia di formazione specifica in medicina generale"(c. d. Decreto Semplificazione), convertito con la Legge n. 12/2019 e, in subordine, qualora rimangano incarichi vacanti, i medici di cui all'art.12 comma 3 del D. L. 35/19 (c.d. Decreto Calabria), convertito con L. 60/19.

ART. 15 I medici di cui al precedente art.14 del presente decreto saranno graduati nel rispetto dell'annualità di frequenza al corso (terza, seconda, prima) a partire dalla data di effettivo inizio del corso; in caso di pari anzianità saranno graduati secondo la minore età al conseguimento del diploma di laurea, il voto di laurea e l'anzianità di laurea, con priorità di interpello per i residenti nell'ambito carente, nell'Azienda, in seguito in Regione e da ultimo fuori Regione;

Il mancato conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale entro il termine previsto dal corso di rispettiva frequenza, comporterà la decadenza dall'eventuale incarico assegnato.

ART. 16 L' Assessorato Regionale della Salute, visto l'art. 34 comma 14 dell'A.C.N. 04/04/24, per l'assegnazione degli incarichi ai medici di cui all'art. 2 lettera b) del presente decreto riserva una percentuale dell' 80% dei posti disponibili a livello regionale in favore dei medici in possesso dell'attestato di formazione in Medicina Generale di cui all'art.1 comma 2 e all'art. 2 comma 2 del D.L.vo 256/91 e delle corrispondenti norme di cui al D.L.vo 368/99 e D.Lvo 277/03, e una percentuale del 20% in favore dei medici in possesso del titolo equipollente.

Qualora non vengano assegnate, per carenza di domande di incarico, zone spettanti ad una delle percentuali di aspiranti, le stesse verranno assegnate all'altra percentuale di aspiranti.

- ART. 17 Il medico che accetta per trasferimento l'incarico, avvalendosi della facoltà di cui all'art. 34 comma 5 lett. a), decade dall'incarico detenuto nell'ambito territoriale di provenienza, fatto salvo l'obbligo di garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso di cui all'art. 24 comma 1 lettera a) dell'ACN 04/04/24.
La rinuncia o decadenza del nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.
- ART. 18 Il medico che accetta l'incarico ai sensi di quanto previsto dall'art. 2 lettera b) del presente decreto è cancellato dalla graduatoria regionale di medicina generale valida per l'anno 2025.
- ART. 19 Ai sensi di quanto previsto dall'art. 33 comma 11 dell'ACN 04/04/2024, ai medici iscritti al corso di formazione in medicina generale l'Azienda conferisce un incarico a tempo indeterminato a decorrere dalla data di conseguimento dell'attestato di formazione in medicina generale.

Il presente decreto sarà pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana e trasmesso al responsabile del procedimento di pubblicazione di contenuti sul sito istituzionale, ai fini dell'assolvimento dell'obbligo di pubblicazione on line.

Palermo, lì 23/12/2025

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
(dott. Roberto Virzi)

IL DIRIGENTE GENERALE
(dott. Salvatore Iacolino)

INCARICHI VACANTI DI ASSISTENZA PRIMARIA A RUOLO UNICO – ANNO 2025

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE di AGRIGENTO

A.F.T.	INCARICHI
Favara	1
Porto Empedocle – Realmonte – Siculiana (di cui 2 con obbligo di apertura ambulatorio a Realmonte)	8
Raffadali – Aragona – S. Elisabetta – S. Angelo Muxaro Joppolo Giancaxio – Comitini (di cui 1 con obbligo di apertura ambulatorio a Comitini , 1 a Joppolo Giancaxio e 1 a Santa Elisabetta)	4
Licata	1
Palma di Montechiaro	2
Racalmuto – Naro – Grotte – Camastra	5
Casteltermini – San Giovanni Gemini – Cammarata	6
Bivona – Santo Stefano di Quisquina – Cianciana San Biagio Platani – Alessandria della Rocca	2
Ribera – Cattolica Eraclea – Burgio – Montallegro Lucca Sicula – Villafranca Sicula – Calamonaci	6

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE di CALTANISSETTA

A.F.T.	INCARICHI
Caltanissetta	4
Caltanissetta – Resuttano – Santa Caterina Villarmosa	3
Riesi – Delia – Sommatino	7
Gela	6
Gela – Butera	6
Mazzarino – Niscemi	5
Mussomeli – Valledlunga – Villalba – Sutura Acquaviva Platani – Campofranco	2

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE di CATANIA

A.F.T.	INCARICHI
Bronte – Maletto – Maniace – Randazzo (di cui 2 con obbligo di apertura ambulatorio a Bronte , e 1 a Randazzo)	7
Caltagirone – Mazzarrone	6
Grammichele – Mineo – Licodia Eubea – Vizzini – San Cono San Michele di Ganzaria – Mirabella Imbaccari	5
Fiumefreddo di Sicilia – Calatabiano – Piedimonte Etneo Linguaglossa – Castiglione di Sicilia	1
Mascalucia	5
Raddusa – Castel di Iudica – Palagonia – Ramacca	8
Militello in Val di Catania – Scordia	5
Paternò	6
Acireale nord	4
Acireale sud – Acicastello	3
Acicatena	3
Adrano	7
San Giovanni La Punta – Valverde	2
Misterbianco sud	5
Catania – secondo municipio	1
Catania – terzo municipio	1
Catania – quarto municipio	6
Catania – quinto municipio	2
Catania – sesto municipio	18
Gravina – Camporotondo Etneo – San Pietro Clarenza (con obbligo di apertura ambulatorio a Gravina)	1
Misterbianco – Motta Sant’Anastasia	1
Aci Bonaccorsi – Aci Sant’Antonio	2

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE di ENNA

A.F.T.	INCARICHI
Enna – Calascibetta – Villarosa – Valguarnera (di cui 5 con obbligo di apertura ambulatorio a Enna , 1 a Calascibetta , 1 a Valguarnera e 1 a Villarosa)	8
Catenanuova – Centuripe – Agira – Regalbuto – Assoro Leonforte – Nissoria (di cui 1 con obbligo di apertura ambulatorio a Catenanuova , 1 a Centuripe , 3 ad Agira e 1 a Regalbuto)	6
Aidone – Piazza Armerina – Barrafranca – Pietraperzia (di cui 1 con obbligo di apertura ambulatorio a Pietraperzia , 1 a Barrafranca , e 5 a Piazza Armerina)	7

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE di MESSINA

A.F.T.	INCARICHI
Patti – Oliveri – Montagnareale – Sant’Angelo di Brolo Piraino – Gioiosa Marea	2
Messina nord	10
Messina sud	3
Messina centro	2
Rometta – Villafranca Tirrena – Saponara	2
San Piero Patti – Floresta – Raccuja – Librizzi – Brolo Sinagra – Ficarra – Ucria (con obbligo di apertura ambulatorio a Floresta)	4
Lipari – Leni – Malfa – Santa Marina Salina – Stromboli Panarea – Alicudi – Filicudi – Vulcano – Ginostra	16

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE di PALERMO

A.F.T.	INCARICHI
Carini	7
Torretta – Capaci – Isola delle Femmine	3

Terrasini – Cinisi	4
Petralia Sottana – Blufi – Bompietro – Alimena Castellana Sicula – Polizzi Generosa – Petralia Soprana Gangi – Geraci Siculo	2
Misilmeri – Belmonte Mezzagno	2
Baucina – Ciminna – Ventimiglia di Sicilia – Cafalà Diana Mezzojuso – Campofelice di Fitalia – Villafrati – Godrano Bolognetta – Marineo	3
Termini Imerese – Trabia	4
Caccamo – Sciara – Cerda - Aliminusa Montemaggiore Belsito – Sclafani Bagni Caltavuturo – Scillato	3
Castronovo di Sicilia – Lercara Friddi – Palazzo Adriano Prizzi – Roccapalumba – Vicari – Valledolmo – Alia	4
Bagheria sud	1
Corleone – Roccamena – Campofiorito – Bisacquino Chiusa Sclafani – Giuliana – Contessa Entellina	4
Partinico – Borgetto – Montelepre – Giardinello	2
Trappeto – Balestrate – San Giuseppe Jato San Cipirello – Camporeale	1
Cruillas – San Giovanni Apostolo – Tommaso Natale Sferracavallo	2
Mezzo Monreale – Villa Tasca – Piana degli Albanesi Santa Cristina Gela – Altofonte (obbligo di apertura ambulatorio a Piana degli Albanesi)	1
Oreto – Stazione	1
Settecannoli	1
Brancaccio – Ciaculli – Villabate	1
Lampedusa e Linosa (obbligo di apertura ambulatorio 1 a Lampedusa e 1 a Linosa)	2

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE di RAGUSA

A.F.T.	INCARICHI
Ragusa	1
Ragusa e Santa Croce Camerina	4
Modica	4
Modica e Scicli	7
Pozzallo e Ispica	7
Vittoria e Acate	15
Vittoria	11

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE di SIRACUSA

A.F.T.	INCARICHI
Augusta	4
Melilli – Sortino	6
Avola	3
Noto – Testa dell’Acqua	6
Pachino – Portopalo	1
Rosolini	3
Francofonte	9
Siracusa – Balvedere – Priolo Gargallo	4
Siracusa 2	4
Siracusa 3	6
Siracusa – Cassibile	2
Lentini – Carlentini	2
Floridia – Solarino	6
Buccheri – Cassaro – Ferla – Palazzolo Acreide Buscemi – Canicattini Bagni	1

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE di TRAPANI

A.F.T.	INCARICHI
Trapani centro – Favignana	5
Trapani periferia – Misiliscemi	3
Erice – Paceco	6
Valderice – Busetto Palizzolo – Custonaci San Vito Lo Capo	5
Alcamo	6
Mazara Sud – Sud/Est	4
Mazara Nord – Nord/Ovest	4
Pantelleria	3
Marsala – Zona Nord	3
Marsala – Zona Centro	10
Marsala – Zona Sud	3
Castelvetrano – Campobello di Mazara	4
Partanna – Santa Ninfa – Poggioreale – Salaparuta	2

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI
DI ASSISTENZA PRIMARIA A RUOLO UNICO – (PER TRASFERIMENTO)**

**Marca da Bollo
€ 16,00**

All'Assessorato Regionale della Salute
Dipartimento Regionale per la
Pianificazione Strategica
Servizio 1 "Personale del S.S.R. –
Dipendente e Convenzionato"
P.zza O. Ziino n.24
90145 – PALERMO

Il sottoscritto dott. _____
nato a _____ il _____
residente a _____ CAP _____ Via _____
tel. _____ cell. _____ titolare di incarico a tempo indeterminato
di assistenza primaria presso l'A. S. P. di _____ ambito territoriale di
_____ della Regione _____
P. E. C. (obbligatoria) _____

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 34 comma 5 lett.a) dell'Accordo Collettivo Nazionale dei medici di
medicina generale 04/04/24, per l'assegnazione di uno dei seguenti incarichi vacanti di assistenza
primaria a ruolo unico individuati nell'anno 2025, pubblicati sulla G.U.R.S. n. _____ del _____

AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____

ACCLUDE

- ☐ Dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il possesso dei requisiti per concorrere al trasferimento e l'anzianità di
incarico (all. "A1");
- ☐ Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. "F");
- ☐ Copia fotostatica di un documento di identità
- ☐ **(OBBLIGATORIA PENA L'ESCLUSIONE IN QUANTO PARTE
INTEGRANTE DELLE SUPERIORI DICHIARAZIONI).**

Data _____

Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto dott. _____

nato a _____ il _____

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445 del 28/12/00 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

d i c h i a r a

a) di essere titolare di incarico di assistenza primaria presso l'A.S.P. di _____
ambito territoriale di _____
dal _____;

b) di vantare un'anzianità complessiva di incarico a tempo indeterminato di assistenza primaria nell'ambito della Regione Sicilia pari a mesi _____ (1), e precisamente:

dal _____ al _____ presso _____;

dal _____ al _____ presso _____;

dal _____ al _____ presso _____;

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (2)

Data _____

Firma (3)(4) _____

(1) nel computo dell'anzianità complessiva vanno detratti gli eventuali periodi di cessazione dall'incarico.

(2) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia".

(3) ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

(4) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL’ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI
DI ASSISTENZA PRIMARIA A RUOLO UNICO – (PER GRADUATORIA)**

Marca da Bollo
€ 16,00

All’Assessorato Regionale della Salute
Dipartimento Regionale per la
Pianificazione Strategica
Servizio 1 “Personale del S.S.R. –
Dipendente e Convenzionato”
P.zza O. Ziino n.24
90145 – PALERMO

Il sottoscritto dott. _____
nato a _____ il _____
residente a _____ CAP _____ via _____
tel. _____ cell. _____ inserito nella graduatoria
regionale di medicina generale valida per l’anno 2025 con punti _____
P. E. C. (**obbligatoria**) _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall’art. 34 comma 5 lett. b) dell’Accordo Collettivo Nazionale dei medici di
medicina generale 04/04/24, per l’assegnazione di uno dei seguenti incarichi vacanti di assistenza
primaria a ruolo unico individuati nell’anno 2025, pubblicati sulla G.U.R.S. n. ____ del _____

AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____

AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto all'art. 34 comma 13 dell' A.C.N. 28/04/22 di poter accedere alla riserva di assegnazione come appresso indicato:

- ☐ riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo 256/91 e delle corrispondenti norme del D.L.vo 368/99 e 277/03;
- ☐ riserva per i medici in possesso del titolo equipollente.

ACCLUDE

- ☐ Autocertificazione di residenza storica (all. "B1");
- ☐ Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. "F");
- ☐ Attestato di formazione in medicina generale (per coloro che l'hanno conseguito dopo il 31/01/24);
- ☐ Copia fotostatica di un documento di identità
- ☐ **(OBBLIGATORIA PENA L'ESCLUSIONE IN QUANTO PARTE INTEGRANTE DELLE SUPERIORI DICHIARAZIONI).**

Data _____

Firma _____

AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto dott. _____

nato a _____ il _____

inserito nella graduatoria regionale di medicina generale valida per l’anno 2025 con punti _____

ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/00 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

d i c h i a r a

a) di essere residente nel territorio della Regione Sicilia dal _____;

b) di essere residente presso il Comune di _____ dal _____.

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Data _____

Firma(2)(3) _____

(1) ai sensi dell’art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 “chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia”.

(2) ai sensi dell’art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

(3) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell’art.13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del presente procedimento.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL’ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI
DI ASSISTENZA PRIMARIA A RUOLO UNICO**

(MEDICI IN POSSESSO DEL DIPLOMA DI FORMAZIONE SPECIFICA
IN MEDICINA GENERALE NON INSERITI IN GRADUATORIA)

**Marca da Bollo
€ 16,00**

All’Assessorato Regionale della Salute
Dipartimento Regionale per la
Pianificazione Strategica
Servizio 1 “Personale del S.S.R. –
Dipendente e Convenzionato”
P.zza O. Ziino n.24
90145 – PALERMO

Il sottoscritto dott. _____
nato a _____ il _____
residente a _____ CAP _____ Via _____
tel. _____ cell. _____ in possesso dell’attestato di formazione
specifica in medicina generale conseguito il _____ presso _____
P. E. C. (**obbligatoria**) _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall’art. 34 comma 5 lettera c) dell’A.C.N. dei medici di medicina generale
04/04/24, per l’assegnazione di uno dei seguenti incarichi vacanti di assistenza primaria a ruolo
unico individuati nell’anno 2025, pubblicati sulla G.U.R.S. n. ____ del _____

AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____

[illegible]

ACCLUDE

- ☐ Autocertificazione (all. “C1”);
- ☐ Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. “F”);
- ☐ Copia fotostatica di un documento di identità (**OBBLIGATORIA PENA L’ESCLUSIONE IN QUANTO PARTE INTEGRANTE DELLE SUPERIORI DICHIARAZIONI**).

Data

Firma

AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto dott. _____

nato a _____ il _____

ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/00 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

d i c h i a r a

- a) di essere residente nel Comune di _____ Prov. _____
- b) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso l’Università di _____ in data _____ con voto _____
- c) di essere iscritto all’Ordine dei Medici della provincia di _____
- d) di essere stato iscritto al corso di formazione in medicina generale nel triennio _____
- e) di essere in possesso dell’attestato di formazione specifica in medicina generale conseguito il _____ presso _____

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Data _____

Firma(2)(3) _____

(1) ai sensi dell’art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 “chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia”.

(2) ai sensi dell’art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

(3) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell’art.13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del presente procedimento.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL’ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI
DI ASSISTENZA PRIMARIA A RUOLO UNICO**

(MEDICI IN POSSESSO DEL DIPLOMA DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE)

**Marca da Bollo
€ 16,00**

All’Assessorato Regionale della Salute
Dipartimento Regionale per la
Pianificazione Strategica
Servizio 1 “Personale del S.S.R. –
Dipendente e Convenzionato”
P.zza O. Ziino n.24
90145 – PALERMO

Il sottoscritto dott. _____
nato a _____ il _____
residente a _____ CAP _____ Via _____
tel. _____ cell. _____ in possesso dell’attestato di formazione
specifica in medicina generale conseguito il _____ presso _____
P. E. C. (**obbligatoria**) _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall’art. 34 comma 5 lettera d) dell’A.C.N. dei medici di medicina generale
04/04/24, per l’assegnazione di uno dei seguenti incarichi vacanti di assistenza primaria a ruolo
unico individuati nell’anno 2025, pubblicati sulla G.U.R.S. n. _____ del _____

AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____
AFT _____	ASP di _____

AFT	ASP di
AFT	ASP di
AFT	ASP di
AFT	ASP di
AFT	ASP di
AFT	ASP di
AFT	ASP di
AFT	ASP di
AFT	ASP di
AFT	ASP di
AFT	ASP di
AFT	ASP di
AFT	ASP di
AFT	ASP di
AFT	ASP di
AFT	ASP di
AFT	ASP di
AFT	ASP di
AFT	ASP di
AFT	ASP di
AFT	ASP di

ACCLUDE

Autocertificazione (all. “D1”);
Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. “F”);
Copia fotostatica di un documento di identità **(OBBLIGATORIA PENA L’ESCLUSIONE IN QUANTO PARTE INTEGRANTE DELLE SUPERIORI DICHIARAZIONI).**

Data _____
Firma _____

AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto dott. _____

nato a _____ il _____

ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/00 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

d i c h i a r a

- a) di essere residente nel Comune di _____ Prov. _____
- b) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso l’Università di _____ in data _____ con voto _____
- c) di essere iscritto all’Ordine dei Medici della provincia di _____
- d) di essere stato iscritto al corso di formazione in medicina generale nel triennio _____
- e) di essere in possesso dell’attestato di formazione specifica in medicina generale conseguito il _____ presso _____

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Data _____

Firma(2)(3) _____

(1) ai sensi dell’art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 “chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia”.

(2) ai sensi dell’art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

(3) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell’art.13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del presente procedimento.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL’ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI
DI ASSISTENZA PRIMARIA A RUOLO UNICO**

(MEDICI ISCRITTI AL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE NELLA REGIONE SICILIA)

**Marca da Bollo
€ 16,00**

All’Assessorato Regionale della Salute
Dipartimento Regionale per la
Pianificazione Strategica
Servizio 1 “Personale del S.S.R. –
Dipendente e Convenzionato”
P.zza O. Ziino n.24
90145 – PALERMO

Il sottoscritto dott. _____
nato a _____ il _____
residente a _____ CAP _____ via _____
tel. _____ cell. _____
P. E. C. (obbligatoria) _____

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall’art. 9 del Decreto Legge n. 135/2018 “Disposizioni urgenti in materia di formazione specifica in medicina generale”, convertito con la Legge n. 12/2019, per l’assegnazione di uno dei seguenti incarichi vacanti di assistenza primaria a ruolo unico individuati nell’anno 2025, pubblicati sulla G.U.R.S. n. ____ del _____

Ambito _____	ASP di _____
Ambito _____	ASP di _____
Ambito _____	ASP di _____
Ambito _____	ASP di _____
Ambito _____	ASP di _____
Ambito _____	ASP di _____
Ambito _____	ASP di _____
Ambito _____	ASP di _____
Ambito _____	ASP di _____
Ambito _____	ASP di _____
Ambito _____	ASP di _____
Ambito _____	ASP di _____
Ambito _____	ASP di _____
Ambito _____	ASP di _____

Ambito _____	ASP di _____
Ambito _____	ASP di _____
Ambito _____	ASP di _____
Ambito _____	ASP di _____
Ambito _____	ASP di _____
Ambito _____	ASP di _____
Ambito _____	ASP di _____
Ambito _____	ASP di _____
Ambito _____	ASP di _____
Ambito _____	ASP di _____
Ambito _____	ASP di _____
Ambito _____	ASP di _____
Ambito _____	ASP di _____
Ambito _____	ASP di _____
Ambito _____	ASP di _____
Ambito _____	ASP di _____
Ambito _____	ASP di _____
Ambito _____	ASP di _____
Ambito _____	ASP di _____
Ambito _____	ASP di _____

ACCLUDE

- ☐ Autocertificazione (all.“E1”);
- ☐ Copia fotostatica di un documento di identità (**OBBLIGATORIA PENA L’ESCLUSIONE IN QUANTO PARTE INTEGRANTE DELLE SUPERIORI DICHIARAZIONI**).

Data _____

Firma _____

AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto dott. _____

nato a _____ il _____

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/00 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

d i c h i a r a

- a) di essere residente nel Comune di _____ Prov. _____
- b) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di _____ in data _____ con voto _____
- c) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data _____ presso l'Università di _____
- d) di essere iscritto all'Ordine dei Medici della provincia di _____
- e) di essere iscritto al corso di formazione in medicina generale nella regione Sicilia nel triennio _____ dal * _____ e di frequentare il:

- ☐ primo anno
- ☐ secondo anno
- ☐ terzo anno

ovvero

- f) di essere iscritto al corso di formazione in medicina generale nella regione Siciliana, ai sensi di quanto previsto dall'art. 12 D.L. 35/19 (c.d. **Decreto Calabria**), convertito con L. 60/19 nel triennio _____ dal * _____ e di frequentare il:

- ☐ primo anno
- ☐ secondo anno
- ☐ terzo anno

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Data _____

Firma(2)(3) _____

(1) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia".

(2) ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

(3) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

*** indicare la data di effettivo inizio del corso**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto dott. _____

nato a _____ il _____

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445 del 28/12/00 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

d i c h i a r a

- 1) essere / non essere titolare di incarico di assistenza primaria a ciclo di scelta presso l'A.S.P. di _____
ambito territoriale di _____;
- 2) essere / non essere 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:
Soggetto _____ ore settimanali _____
Via _____ Comune _____
Tipo di rapporto di lavoro _____ dal _____
- 3) essere / non essere titolare di incarico come medico specialista pediatra di libera scelta presso l'A.S.P. di _____
ambito territoriale di _____;
- 4) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:
Azienda _____ branca _____ ore sett. _____
- 5) essere / non essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti accreditati esterni:
Provincia _____ branca _____ dal _____;
- 6) essere / non essere titolare di incarico a tempo determinato o indeterminato di assistenza primaria ad attività oraria o emergenza sanitaria territoriale nella Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____;
- 7) essere / non essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 o a corsi di specializzazione di cui al D.L.vo 257/91 e corrispondenti norme del D.L.vo 368/99:
Denominazione del corso _____
Soggetto che lo svolge _____ inizio dal _____;
- 8) operare / non operare 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:
Organismo _____ ore sett. _____ Comune _____
Tipo di attività _____ Tipo di lavoro _____ dal _____;
- 9) operare – non operare a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 48 della L.833/78:
Organismo _____ ore sett. _____ Comune _____
Tipo di attività _____ Tipo di rapporto di lavoro _____ dal _____;
- 10) svolgere – non svolgere funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della L.626/93:
Azienda _____ ore sett. _____ dal _____;

- 11) svolgere – non svolgere per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito del quale può acquisire scelte:
Azienda _____ Comune _____ dal _____;
- 12) avere – non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:
_____ dal _____;
- 13) essere / non essere titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare /non esercitare attività che possano configurare un conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale:
_____ dal _____;
- 14) fruire / non fruire del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14/10/76 del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:
dal _____;
- 15) svolgere / non svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate:
tipo di attività _____ dal _____;
- 16) essere / non essere titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate
Azienda _____ tipo di attività _____ ore sett. _____ dal _____;
- 17) operare / non operare a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico oltre alle ipotesi sopra evidenziate, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata
Soggetto pubblico _____
Via _____ Comune _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Tipo di attività _____ dal _____;
- 18) essere / non essere titolare di trattamento di pensione:
_____ dal _____;

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Data _____

Firma (2)(3) _____

(1) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 “chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia”.

(2) ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

(3) Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.