

### Riferimenti Normativi.

L'organizzazione della Reperibilità è normata dall' art. 71 dell'ACN 29.07.2009 e dall'art. 12 del' AIR del 06.09.2010.

### Procedura

I medici interessati a far parte della graduatoria di reperibilità domiciliare per la C.A dovranno inviare:

1. Modello di istanza predisposto dall' Azienda;
2. Modulo assolvimento bollo;
3. Copia di un valido documento di riconoscimento.

La domanda può essere presentata nei seguenti periodi:

1. dal 01 ottobre al 15 ottobre ed ha valore per tutto l'anno successivo;
2. dal 01 aprile al 30 di aprile può essere presentata domanda per l'**integrazione** della graduatoria (solo coloro che **non** hanno presentato domanda ad ottobre).

*Le domande presentate al di fuori dei suddetti periodi non potranno essere prese in considerazione.*

La graduatoria ha valore per l'intero anno solare.

I documenti dovranno essere inviati al seguente indirizzo PEC:  
[cure.primarie@pec.asp.sr.it](mailto:cure.primarie@pec.asp.sr.it)

Il Direttore ad Interim  
U.O.C Cure Primarie  
Dott. Lorenzo Spina



MARCA DA BOLLO  
Dg € 16,00

AL DIRETTORE GENERALE ASP DI SIRACUSA  
EPC ALLA U.O.C. CURE PRIMARIE

OGGETTO: DISPONIBILITÀ ALL' EFFETTUAZIONE TURNI DI REPERIBILITÀ' PRESSO  
I PRESIDII DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE DELL'ASP DI SIRACUSA

IL/LA SOTTOSCRITTA \_\_\_\_\_ NATO/A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

DICHIARA DI ESSERE DISPONIBILE AD EFFETTUARE SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE  
PRESSO I PRESIDII DI CODESTA ASP DI SIRACUSA IN QUALITÀ DI MEDICO REPERIBILE. LO  
SCRIVENTE SI IMPEGNA AD ESSERE REPERIBILE PRESSO I RECAPITI TELEFONICI SOTTO INDICATI  
NELLE SEGUENTI FASCE ORARIE:

- ✓ DALLE ORE 19,00 ALLE 20,30 DI TUTTI I GIORNI FERIALE E FESTIVI;
- ✓ DALLE ORE 9,00 ALLE 10,30 DEI SOLI GIORNI PREFESTIVI;
- ✓ DALLE ORE 7,00 ALLE ORE 8,30 DEI SOLI GIORNI FESTIVI.

COMUNICA ALTRESÌ CHE PER IL SERVIZIO SARÀ UTILIZZATO IL SEGUENTE AUTOMEZZO:

MARCA/MODELLO \_\_\_\_\_ TARGA \_\_\_\_\_

A TAL FINE CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI, NEL CASO DI DICHIARAZIONI NON VERITIERE,  
DI FORMAZIONE O USO DI ATTI FALSI, RICHIAMATE DALL'ART. 76 DEL D.P.R. 445 DEL 28  
DICEMBRE 2000

#### DICHIARA

1. DI ESSERE RESIDENTE NEL COMUNE DI \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ VIA/PIAZZA  
\_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_;
2. DI ESSERE LAUREATO IN MEDICINA E CHIRURGIA PRESSO L' UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI  
\_\_\_\_\_ IN DATA \_\_\_\_\_ CON VOTO \_\_\_\_\_;
3. DI ESSERE ISCRITTO ALL' ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI DELLA PROVINCIA DI  
\_\_\_\_\_ CON N° \_\_\_\_\_ A FAR DATA DAL \_\_\_\_\_;
4. DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE IL DINIEGO DELLA DISPONIBILITÀ OPPOSTO PER DUE VOLTE  
FARÀ DECADERE LO SCRIVENTE DALL' ELENCO DEI MEDICI REPERIBILI.

COMUNICA INOLTRE:

TEL. FISSO \_\_\_\_\_ CELLULARE \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

CODICE ENPAM \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

CODICE IBAN \_\_\_\_\_

DATA

FIRMA

#### DOCUMENTI DA ALLEGARE:

COPIA NON AUTENTICA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ' IN CORSO DI VALIDITÀ' (SEMPRE);

DICHIARAZIONE DI ASSOLVIMENTO BOLLO.

L' ISTANZA VA INOLTRATA TRAMITE PEC ALL' INDIRIZZO  
CURE.PRIMARIE@PEC.ASP.SR.IT



## ASSOLVIMENTO IMPOSTA DI BOLLO

ai sensi dell'art' 642/1972

### DICHIARAZIONE

ex artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_

Nata/o a \_\_\_\_\_ (Prov.) \_\_\_  /  /

residente a \_\_\_\_\_

Via/p.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cod. Fisc.

Con riferimento alla domanda \_\_\_\_\_

Essendo obbligatorio indicare, negli atti e nella modulistica informatica, la modalità di assolvimento dell'imposta di bollo, consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in casi di falsità negli atti e di dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del DPR 445 del 28/12/2000

### DICHIARA,

che l'imposta di bollo è stata assolta in modo virtuale tramite apposizione ed annullamento della marca sul cartaceo della domanda trattenuto in originale presso il mittente a disposizione degli organi di controllo, a tal proposito dichiara inoltre che la marca da bollo di euro 16,00 applicata ha

IDENTIFICATIVO

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ *firma*