

ALLEGATO A

**GRADUATORIA REGIONALE DELLA MEDICINA GENERALE DISTINTA PER SETTORE
VALIDA PER L'ANNO 2022**



**AL DIPARTIMENTO PROMOZIONE
DELLA SALUTE, DEL BENESSERE
SOCIALE E DELLO SPORT PER TUTTI
Sezione Strategie e Governo dell'Offerta**

**Regione PUGLIA
Via Gentile n. 52
70126 BARI (BA)**

PRIMO INSERIMENTO **INTEGRAZIONE TITOLI**

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ prov. _____

Il ___ | ___ | ___ sesso: M ___ F ___ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo: _____ n. _____

CAP _____ tel. _____ ASL di residenza _____

Dichiara di avere la cittadinanza Italiana o di altro Paese appartenente alla UE (**incluse le equiparazioni**) secondo quanto previsto dall'art. 2 dell' accordo collettivo nazionale per la medicina generale vigente dal 21/06/2018 **SI** **NO**

chiede

l'inserimento/l'integrazione titoli nella graduatoria unica regionale di medicina generale, a valere per l'anno 2022, relative alle attività nel settore di (barrare una o più caselle):

- assistenza primaria** **emergenza sanitaria territoriale "118"**
 continuità assistenziale **medicina dei servizi territoriali**

La mancata biffatura del Settore di attività comporta la non inclusione nella graduatoria di settore.

A tal fine dichiara

di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato nel/i settore/i di attività sopra indicato/i. (*)

(*) Art. 2, comma 8, ACN 21/06/2018: "I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato in uno o più settori sopra indicati non possono fare domanda di inserimento nella/e relativa/e graduatoria/e di settore, pertanto, possono concorrere alla assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento".

Allega alla presente:

- n. _____ dichiarazione/i sostitutive di certificazione;
 n. _____ dichiarazione/i sostitutive dell'atto notorio;
 n. _____ certificati in bollo

Chiede che ogni comunicazione sia indirizzata presso:

indirizzo PEC _____ **(obbligatorio)**

la propria residenza; il domicilio sotto indicato:

c/o _____ CAP _____ Comune di _____

Via _____ n° _____

Data ___ | ___ | _____

Firma per esteso _____

Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione
(art. 46 DPR n. 445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto Dott. _____ consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del DPR 445 del 28/12/2000

**dichiara
di essere in possesso di:**

Diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università di _____ _____ in data ____ ____ ____ con voto ____/110 * * se il voto di laurea non è espresso su 110 ma su 100, occorre specificarlo	<i>da 100 a 104: punti 0,30; da 105 a 109: punti 0,50; 110 e 110 lode: punti 1,00</i> = p.
Abilitazione all'esercizio professionale conseguita presso l'Università di _____ _____ in data ____ ____ ____	
Iscrizione all'Ordine dei medici di _____ dal ____ ____ ____	
Specializzazione in discipline equipollenti ed affini alla medicina generale in: _____ conseguita presso l'Università di _____ in data ____ ____ ____ specificare data di inizio e data di conclusione della specializzazione: data inizio ____ ____ ____ data fine ____ ____ ____	Punti 0,50
Attestato di formazione in medicina generale (D.Lgs n. 256/91, 368/99, 277/03) conseguito il _____ presso: _____, specificare data di inizio e data di conclusione del corso di formazione: data inizio corso ____ ____ ____ data fine corso ____ ____ ____ N.B. Per il primo inserimento è obbligatorio presentare copia dell'attestato. Ai sensi dell'art. 15 così come novellato dall'art. 2 dell'ACN del 21/06/2018, i medici interessati , entro il 15 settembre, devono inviare, pena esclusione, copia dell'Attestato di formazione in medicina generale.	Punti 7,20
Di essere in possesso del certificato in lingua inglese non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE). SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N.B. É obbligatorio presentare copia del certificato. La mancata presentazione comporta la non valutazione del titolo.	Punti 0,20
Di essere in possesso della Patente Europea ECDL per l'utilizzo del PC. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N.B. É obbligatorio presentare copia dell'attestato. La mancata presentazione comporta la non valutazione del titolo.	Punti 0,20
Attestato di formazione in Emergenza Sanitaria Territoriale (118) previsto ai sensi dell'art.22 comma 5 DPR 292/87, dell'art. 22 DPR 41/91 , dell'art. 66 dpr 484/96 , dell'art. 66 DPR 270/00 conseguito il ____ ____ ____ presso: _____.	

Data _____

Firma del dichiarante _____

(non soggetta ad autenticazione)

AVVERTENZE GENERALI

1. A partire dalla graduatoria anno 2021 (giusta art. 2 comma 3 dell' accordo collettivo nazionale per la medicina generale vigente dal 21/06/2018), hanno l'obbligo di presentare la domanda anche i medici già inclusi nella graduatoria riferita all'anno precedente. Tale obbligo persiste anche per gli anni successivi. La mancata presentazione comporta la cancellazione d'ufficio.
2. Ai fini dell'inserimento nella graduatoria regionale della medicina generale distinta per settore, valevole per l'anno 2022, i medici devono presentare domanda entro il 31 gennaio 2021, in modo da scegliere il/i settore/i di attività.
3. I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato per una o più attività di medicina generale non possono fare domanda di inserimento nella/e relativa/e graduatoria/e di settore per i quali sono già titolari (Art. 2, comma 8, ACN dal 21/06/2018).
4. I medici che aspirano ad essere inseriti nella graduatoria unica regionale, devono possedere, alla data di scadenza dei termini per la presentazione della domanda, i seguenti requisiti:
 - diploma di laurea in medicina e chirurgia;
 - cittadinanza italiana o altro Paese appartenente alla UE (incluse le equiparazioni);
 - iscrizione all'Albo professionale;
 - possesso dell'attestato di formazione in medicina generale o titolo equipollente di cui ai D.Lgs. 256/91, 368/1999 e 277/03 (per quest'ultimo : abilitazione all'esercizio professionale conseguita entro il 31 dicembre 1994).
5. I titoli accademici, di studio e di servizio possono essere prodotti:
 - a) in originale o copia legale ai sensi di legge;
 - b) per i titoli accademici e di studio, apposita dichiarazione sostitutiva di certificazione , resa ai sensi dell'art.46 del DPR 445/2000 (Allegato A alla domanda);
 - c) per i titoli di servizio, apposita dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, resa ai sensi dell'art.47 del DPR n. 445/2000, (Allegato B alla domanda), ovvero fotocopie semplici unitamente ad una dichiarazione sostitutiva di notorietà con cui si attesta che le stesse sono conformi all'originale (Allegato C alla domanda).

Alla dichiarazione sostitutiva di cui al punto C), per essere valida deve essere acclusa fotocopia di un documento d'identità in corso di validità.

Il dichiarante decade dai benefici attribuiti a seguito di accertamento di dichiarazioni non veritiere.
6. La domanda, deve essere spedita con Raccomandata A.R., inderogabilmente entro il 31/01/2021 (a tal fine fa fede la data di invio). La mancata sottoscrizione della domanda, della dichiarazione sostitutiva, ovvero l'invio oltre il termine del 31/01/2021, comportano la non inclusione nella graduatoria. La domanda e le dichiarazioni sostitutive devono essere compilate in modo leggibile. L'omissione o l'incompletezza dei dati potranno comportare la non attribuzione dei relativi punteggi.
7. Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità della dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio (Allegato B) il medico può trasmettere una copia fotostatica, anche non autenticata, dei certificati di servizio di cui sia già in possesso.
8. Ai fini della graduatoria sono valutabili solo i titoli posseduti al 31/12/2020.
9. I medici che erano già presenti nella precedente graduatoria (anno 2021) oltre all'obbligo della presentazione della domanda (pena cancellazione) potranno dichiarare solo i titoli acquisiti nel corso dell'anno 2020, nonché eventuali titoli di servizio non presentati per la precedente graduatoria.
10. Potranno presentare altresì, domanda di inserimento in graduatoria nei termini del 31/01/2021, i medici che nell'anno 2021 acquisiranno il titolo di formazione entro il 15 settembre. I medici aspiranti dovranno utilizzare il presente schema ed inviare successivamente il relativo attestato. I medici in questione saranno inseriti con riserva. La mancata presentazione del titolo entro il 15/09/2021 comporterà l'esclusione d'ufficio dalla graduatoria.
11. I medici che presentano la domanda per la prima volta devono barrare la voce "primo inserimento", tutti gli altri devono barrare la voce "integrazione titoli".

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO EUROPEO N. 679/2016

1. Premessa

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo n. 679/2016 la Regione Puglia, in qualità di "Titolare" del trattamento, è tenuta a fornirle informazioni in merito all'utilizzo dei suoi dati personali.

2. Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento dei dati personali di cui alla presente Informativa è la Regione Puglia, con sede in Bari, Lungomare N. Sauro n. 33, cap 70100.

3. Responsabile della protezione dei dati personali

Ai sensi dell'art. 37, comma 7, del RGDP, si forniscono i dati di contatto del Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), al quale è possibile rivolgersi per esercitare i diritti normativamente previsti, secondo le modalità di cui all'art. 12 RGDP e/o per eventuali chiarimenti in materia di protezione dei dati personali.

Dr. Rossella Caccavo

PEC: sezaffariistituzionaligiuridici@pec.rupar.puglia.it

4. Modalità di trattamento e Responsabili del trattamento

I Suoi dati personali saranno trattati, sia in forma cartacea che in formato digitale, con l'adozione di misure tecniche ed organizzative volte ad assicurare adeguati livelli di sicurezza.

I Suoi dati personali saranno trattati da personale interno previamente autorizzato ed adeguatamente formato.

L'Ente può altresì avvalersi per il trattamento dei suddetti dati di soggetti terzi, i quali assicurano livelli esperienza, capacità e affidabilità tali da garantire il rispetto delle vigenti disposizioni in materia di trattamento, ivi compreso il profilo della sicurezza dei dati.

5. Finalità del trattamento

Il trattamento dei suoi dati personali viene effettuato dalla Regione Puglia per lo svolgimento di funzioni istituzionali e, pertanto, ai sensi dell'art. 6, comma 1, lett. e), non necessita del suo consenso.

I dati personali sono trattati esclusivamente per l'inserimento in Graduatoria Regionale della Medicina Generale distinta per settore.

Le informazioni relative ai dati personali potranno essere comunicate unicamente alle Amministrazioni Pubbliche direttamente interessate alla formazione della Graduatoria Regionale della Medicina Generale distinta per settore.

I suoi dati personali non saranno comunque trasferiti al di fuori dell'Unione europea.

6. Conservazione dei dati personali

I suoi dati sono conservati per un periodo non superiore a quello necessario per il perseguimento delle finalità sopra menzionate. A tal fine, anche mediante controlli periodici, viene verificata costantemente la stretta pertinenza, non eccedenza e indispensabilità dei dati rispetto al rapporto, alla prestazione o all'incarico in corso - da instaurare o cessati - anche con riferimento ai dati che Lei fornisca di propria iniziativa. I dati che, anche a seguito delle verifiche, risultino eccedenti o non pertinenti o non indispensabili non sono utilizzati, salvo che per l'eventuale conservazione, a norma di legge, dell'atto o del documento che li contiene.

7. I diritti dell'interessato

Nella sua qualità di interessato, Lei ha diritto:

- di accesso ai dati personali;
- di ottenere l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione, la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che la riguardano;
- di opporsi al trattamento;
- di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.

8. Conferimento dei dati

Il conferimento di tali dati è indispensabile per lo svolgimento delle suddette procedure.

Il mancato conferimento comporterà l'impossibilità dell'inserimento in Graduatoria Regionale della Medicina Generale distinta per settore.

GRADUATORIA REGIONALE DELLA MEDICINA GENERALE DISTINTA PER SETTORE

Esente imposta di
bollo art. 37 co.1
D.P.R 445/2000

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (art. 47 DPR n. 445 del 28/12/2000)

TITOLI DI SERVIZIO ED ATTIVITÀ SVOLTA

PARTE RISERVATA
ALL'UFFICIO

Io sottoscritt_ Dott. _____
cognome nome

Cod. regione

PRIMO INSERIMENTO

INTEGRAZIONE

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000, **dichiara di essere in possesso dei seguenti titoli di servizio:**

Dichiara altresì, di voler confermare espressamente il possesso dei titoli di servizio certificati in occasione delle precedenti istanze e di aver maturato i seguenti titoli di servizio che chiede di valutare per la prima volta:

Note per la compilazione:

Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità della dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio, il medico può trasmettere una copia fotostatica, anche non autenticata, dei certificati di servizio di cui sia già in possesso.

a) Attività medico di assistenza primaria, sia con incarico a tempo indeterminato che con incarico provvisorio (punti 0,20 per mese di attività)

dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ ASL ___ dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ ASL ___

dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ ASL ___ dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ ASL ___

a.a) attività di medico di assistenza primaria svolta nell'ambito della Regione nella cui graduatoria si chiede l'inserimento: (punti 0,30 per mese di attività)

dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ ASL ___ dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ ASL ___

dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ ASL ___ dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ ASL ___

b)Attività di sostituzione del medico di assistenza primaria convenzionato solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi: (punti 0,20 per mese di attività)

Dal	__		__		al	__		__		ASL	_____
Dal	__		__		al	__		__		ASL	_____
Dal	__		__		al	__		__		ASL	_____
Dal	__		__		al	__		__		ASL	_____
Dal	__		__		al	__		__		ASL	_____
Dal	__		__		al	__		__		ASL	_____
Dal	__		__		al	__		__		ASL	_____
Dal	__		__		al	__		__		ASL	_____
Dal	__		__		al	__		__		ASL	_____
Dal	__		__		al	__		__		ASL	_____
Dal	__		__		al	__		__		ASL	_____
Dal	__		__		al	__		__		ASL	_____
Dal	__		__		al	__		__		ASL	_____
Dal	__		__		al	__		__		ASL	_____
Dal	__		__		al	__		__		ASL	_____

b.b) Attività di sostituzione del medico di assistenza primaria convenzionato solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti dovuta ad attività sindacale e sostituzioni d’ufficio anche se di durata inferiore a 5 gg.: (punti 0,20 per mese di attività)

dal	__		__		al	__		__		ASL/medico	_____
dal	__		__		al	__		__		ASL/medico	_____

b.b.b) Stessa attività di cui al punto precedente effettuata su base oraria (punti 0,20 per mese di attività, ragguagliato a 96 h. di attività)

dal	__		__		al	__		__		ore	_____	ASL/medico	_____
dal	__		__		al	__		__		ore	_____	ASL/medico	_____

c) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione di continuità assistenziale in forma attiva: (punti 0,20 per mese di attività, ragguagliato a 96 h. di attività)

Anno:										Azienda Sanitaria Locale:			
Gennaio	dal	__		__		al	__		__	ore	_____	_____	_____
Febbraio	dal	__		__		al	__		__	ore	_____	_____	_____
Marzo	dal	__		__		al	__		__	ore	_____	_____	_____
Aprile	dal	__		__		al	__		__	ore	_____	_____	_____
Maggio	dal	__		__		al	__		__	ore	_____	_____	_____
Giugno	dal	__		__		al	__		__	ore	_____	_____	_____
Luglio	dal	__		__		al	__		__	ore	_____	_____	_____
Agosto	dal	__		__		al	__		__	ore	_____	_____	_____
Settembre	dal	__		__		al	__		__	ore	_____	_____	_____
Ottobre	dal	__		__		al	__		__	ore	_____	_____	_____
Novembre	dal	__		__		al	__		__	ore	_____	_____	_____
Dicembre	dal	__		__		al	__		__	ore	_____	_____	_____

Totale ore _____

N.B. Occorre indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio

d) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato, provvisorio, o anche a titolo di sostituzione nella emergenza sanitaria territoriale "118": (punti 0,20 per mese di attività, ragguagliato a 164 h. di attività)

dal	__		__		__	al	__		__		__	ore	_____	ASL	_____	Postazione	_____
dal	__		__		__	al	__		__		__	ore	_____	ASL	_____	Postazione	_____
dal	__		__		__	al	__		__		__	ore	_____	ASL	_____	Postazione	_____
dal	__		__		__	al	__		__		__	ore	_____	ASL	_____	Postazione	_____
dal	__		__		__	al	__		__		__	ore	_____	ASL	_____	Postazione	_____
dal	__		__		__	al	__		__		__	ore	_____	ASL	_____	Postazione	_____
dal	__		__		__	al	__		__		__	ore	_____	ASL	_____	Postazione	_____
dal	__		__		__	al	__		__		__	ore	_____	ASL	_____	Postazione	_____
dal	__		__		__	al	__		__		__	ore	_____	ASL	_____	Postazione	_____
dal	__		__		__	al	__		__		__	ore	_____	ASL	_____	Postazione	_____
dal	__		__		__	al	__		__		__	ore	_____	ASL	_____	Postazione	_____

Il medico deve essere in possesso dell'Attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza dell'apposito Corso Formativo previsto ai sensi dell' art. 22 comma 5 DPR 292\87 o dell'art. 22 DPR 41\91 o dell'art. 66 DPR 484\96 o dell'art. 66 DPR 270\00 (allegare copia dell'Attestato o Autocertificazione).

e) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o di sostituzione nella medicina dei servizi territoriali: (punti 0,20 per mese di attività, ragguagliato a 96 h. di attività)

dal	__		__		__	al	__		__		__	ore	_____	dal	__		__		__		__	ore	_____
dal	__		__		__	al	__		__		__	ore	_____	dal	__		__		__		__	ore	_____
dal	__		__		__	al	__		__		__	ore	_____	dal	__		__		__		__	ore	_____
dal	__		__		__	al	__		__		__	ore	_____	dal	__		__		__		__	ore	_____
dal	__		__		__	al	__		__		__	ore	_____	dal	__		__		__		__	ore	_____
dal	__		__		__	al	__		__		__	ore	_____	dal	__		__		__		__	ore	_____

f) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o anche a titolo di sostituzione di medico di assistenza penitenziaria/servizio effettivo in rapporto di convenzionamento con il SSN, presso gli istituti penitenziari: (punti 0,20 per mese di attività, ragguagliato a 96 h. di attività)

dal	__		__		__	al	__		__		__	ore	_____	dal	__		__		__		__	ore	_____
dal	__		__		__	al	__		__		__	ore	_____	dal	__		__		__		__	ore	_____
dal	__		__		__	al	__		__		__	ore	_____	dal	__		__		__		__	ore	_____
dal	__		__		__	al	__		__		__	ore	_____	dal	__		__		__		__	ore	_____
dal	__		__		__	al	__		__		__	ore	_____	dal	__		__		__		__	ore	_____
dal	__		__		__	al	__		__		__	ore	_____	dal	__		__		__		__	ore	_____

g) Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari sia a tempo indeterminato che di sostituzione per conto del Ministero di Giustizia, ai sensi della L. 9 ottobre 1970 n. 740: (*) (punti 0,20 per mese di attività)

dal	__		__		__	al	__		__		__	dal	__		__		__		__	dal	__		__		__
dal	__		__		__	al	__		__		__	dal	__		__		__		__	dal	__		__		__
dal	__		__		__	al	__		__		__	dal	__		__		__		__	dal	__		__		__
dal	__		__		__	al	__		__		__	dal	__		__		__		__	dal	__		__		__
dal	__		__		__	al	__		__		__	dal	__		__		__		__	dal	__		__		__
dal	__		__		__	al	__		__		__	dal	__		__		__		__	dal	__		__		__

(*) occorre presentare certificato rilasciato dal Ministero della Giustizia.

h) Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate: (punti 0,10 per mese di attività, ragguagliato a 52 h. di attività)

dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ ore ___ dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ ore ___
dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ ore ___ dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ ore ___
dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ ore ___ dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ ore ___
dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ ore ___ dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ ore ___

i) Attività medica di assistenza ai turisti organizzata dalle Regioni o dalle Aziende: (punti 0,20 per mese di attività)

dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ ASL _____ dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ ASL _____
dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ ASL _____ dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ ASL _____
dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ ASL _____ dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ ASL _____

j) Turni di reperibilità programmata nei servizi territoriali, di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale: (punti 0,05 per mese di attività, ragguagliato a 96 ore di attività)

dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ ore ___ asl ___ dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ ore ___ asl ___
dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ ore ___ asl ___ dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ ore ___ asl ___
dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ ore ___ asl ___ dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ ore ___ asl ___
dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ ore ___ asl ___ dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ ore ___ asl ___

k) Attività, anche in forma di sostituzione, di medico pediatria di libera scelta se svolta con riferimento ad almeno 70(settanta) utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi: (punti 0,10 per mese di attività)

dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ asl ___ dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ asl ___
dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ asl ___ dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ asl ___

l) Medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna; medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici; medico generico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato per il servizio di assistenza sanitaria ai naviganti: (punti 0,05 per mese)

dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ asl ___ dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ asl ___
dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ asl ___ dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ asl ___
dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ asl ___ dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ asl ___

m) Servizio militare di leva(o sostituto nel servizio civile) anche in qualità di Ufficiale Medico di complemento e per un massimo di 12 mesi, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina: (punti 0,10 per mese)

dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ presso _____

m.m) servizio militare di leva svolto in concomitanza di incarico convenzionale conferito da Azienda Sanitaria nell'area della medicina generale solo per il periodo concomitante con tale incarico(*) (punti 0,20 per mese di attività)

dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ presso _____

(*)occorre presentare copia della Delibera di incarico e di cessazione dal servizio.

n) Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà civile, ai sensi della L. 64/2001, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina. (*) (0,10 per mese di attività)

dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ presso _____

dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ presso _____

(*) occorre presentare idonea documentazione comprovante l'attività svolta.

n.n) Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà civile, ai sensi della L. 64/2001, svolto in concomitanza di incarico convenzionale conferito da Azienda Sanitaria nell'area medicina generale e solo per il periodo concomitante con tale incarico dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina. (*) (punti 0,20 per mese)

dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ presso _____

dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ presso _____

o) Attività di ufficiale medico militare permanente effettivo, di medico della polizia di stato: (*) (punti 0,20 per mese)

dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ presso _____

(*) occorre presentare idonea documentazione comprovante l'attività svolta.

p) Servizio prestato presso Aziende termali (Legge 24 ottobre 2000 n. 323 art. 8), equiparato all'attività di continuità assistenziale (*) (punti 0,20 per mese di attività, ragguagliato a 96 h. di attività)

dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ presso _____

dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ presso _____

dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ presso _____

(*) servizio prestato c/o aziende termali private accreditate in qualità di dipendente a tempo pieno, con rapporto di lavoro esclusivo.

q) Servizio effettivo di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale, di emergenza territoriale, svolto in Paesi dell'Unione Europea, ai sensi della Legge 11 agosto 2014 n. 125, e assistenza sanitaria prestata da medici italiani ai sensi del Decreto Ministeriale 1 settembre 1988 n. 430: (0,20 per mese di attività)

dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ presso _____

dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ presso _____

r) Sospensione del rapporto e dell'attività convenzionale. art.16 così come novellato dall'art. 3 dell'ACN del 21/06/2018 co. 4.

dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___

dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___

dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___

(*) occorre presentare idonea documentazione della Azienda Sanitaria.

N.B. L'istante compilatore della domanda è tenuto a barrare e siglare le sezioni (dalla lett. a) alla lett. r)) per le quali non presenta titoli e/o non attesta attività di servizio.

Firma

Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 del DPR 445/2000).

ALLEGATO C

GRADUATORIA REGIONALE DELLA MEDICINA GENERALE DISTINTA PER SETTORE

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(art. 47 DPR n. 445 del 28/12/2000)

Esente imposta di bollo art. 37 co. 1 DPR445/2000

In riferimento alla domanda di inserimento/integrazione titoli nelle graduatorie regionali di medicina generale a valere per l'anno 2020

Il sottoscritto Dr. _____ nato a _____
residente a _____ Via _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000,

DICHIARA

che le **fotocopie** dei titoli allegati e sotto elencati, sono conformi agli originali in possesso del sottoscritto:

- | | |
|--------|---------|
| 1..... | 6..... |
| 2..... | 7..... |
| 3..... | 8..... |
| 4..... | 9..... |
| 5..... | 10..... |

Data

Firma *

* La firma non è soggetta ad autenticazione, allegare copia fotostatica di documento di identità in corso di validità del sottoscrittore. La mancanza di sottoscrizione comporta la nullità della dichiarazione sostitutiva (Si suggerisce, onde evitare disguidi, di firmare e numerare le fotocopie allegate).