

**DOMANDA ANNUALE PER LE GRADUATORIE
REGIONALI DI SETTORE DELLA MEDICINA GENERALE VALIDE PER L'ANNO 2020**

 INSERIMENTO
 INTEGRAZIONE TITOLI

MARCA DA BOLLO EURO 16,00
--

REGIONE CALABRIA
DIPARTIMENTO TUTELA DELLA SALUTE
SETTORE RISORSE UMANE, FORMAZIONE, ECM
CITTADELLA REGIONALE
LOC. GERMANETO
88100 CATANZARO

__sottoscritt__ Dott. _____ nato a _____

Prov. ____ il _____ M__ F__ Codice Fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Comune _____ di _____ residenza _____ prov. _____ indirizzo _____

n. _____ CAP _____ tel. _____ e-mail _____

CHIEDE

secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale del 21/06/2018, l'aggiornamento del punteggio relativo ai propri titoli nella graduatoria regionale per la medicina generale, a valere per l'anno 2020, per il settore di: **(barrare la casella di interesse)**

 Assistenza Primaria;
 Continuità Assistenziale
 Emergenza Sanitaria Territoriale (Possono essere inseriti coloro che si sono laureati prima dell' anno 1994 e sono in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale. Mentre coloro che si sono laureati dopo l'anno 1994 devono essere in possesso " **del diploma di formazione specifica in medicina generale** e dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale).

A tal fine acclude alla presente la seguente documentazione:

- a) Autocertificazione informativa;
- b) Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà;
- c) **Fotocopia di un documento in corso di validità firmato**

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata AL SEGUENTE INDIRIZZO (se diverso dalla residenza)

c/o _____ Comune _____ prov. _____ indirizzo _____
 n. _____ CAP _____

Ai sensi delle disposizioni contenute nel "Codice in materia di protezione dei dati personali" approvato con D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196, si autorizza il trattamento dei dati personali contenuti nella presente domanda e nei relativi allegati, nei limiti degli adempimenti istituzionali previsti dal Contratto Nazionale.

Data _____

FIRMA per esteso _____

Avvertenze importanti; Ai fini dell'attribuzione del punteggio, la dichiarazione dei titoli accademici e di servizio deve essere presentata in modo tale da poterne consentire la valutazione e non si terrà conto di quella dalla quale non è possibile dedurre i dati di valutazione. Pertanto nella dichiarazione dell'attività svolta vanno indicati in modo completo, specificando, ove richiesto, la tipologia di incarico (a tempo determinato, indeterminato), i mesi di attività e per ciascun mese le ore effettivamente svolte. E' necessaria inoltre l'esatta indicazione della ASL e/o dell'Ente presso il quale il servizio è stato prestato.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ (ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e successive modifiche ed integrazioni)		Parte riservata all'ufficio
Titoli accademici o di studio		
Diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università _____ Di _____ in data: _____ voto: _____		
Specializzazione in discipline equipollenti o affini ai sensi del D.M. 10.3.83 tab.B specializzazione in _____ specializzazione in _____		Totale n. x 0,50
<input type="checkbox"/> lingua inglese documentata dal possesso di certificato non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE): p. 0,20 [OBBLIGO DI ALLEGARE COPIA] <input type="checkbox"/> possesso della Patente Europea per l'utilizzo del PC (ECDL): p. 0,20 [OBBLIGO DI ALLEGARE COPIA]		
Attestato di formazione in medicina generale di cui all'art. 1, comma 2 o all'art. 2, comma 2, del D.L.vo n. 256/91 e di cui alla legge 277/2003 (punti 7,20) conseguito il _____ presso: _____ specificare data di inizio e data di conclusione del corso di formazione: inizio corso _____ data fine corso _____		
Attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale di cui all'art. 96, comma della ACN conseguito il _____ presso: _____ specificare data di inizio e data di conclusione del corso di formazione: data inizio corso _____ data fine corso _____		

TITOLI DI SERVIZIO	Punteggio	Punteggio
	Stessa Regione	Altra Regione
Attività di assistenza primaria convenzionata , con incarico a tempo: indeterminato, determinato ANNO _____ ASP _____ MEDICO _____	Totale Mesi X 0,30. P. _____	Totale Mesi X 0,20. _____

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_____		
<p>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):</p> <p>ANNO _____</p> <p>ASP _____ MEDICO _____</p>					
Gennaio	dal_____	al_____	ore_____	Totale Mesi X 0,20. p. _____	
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_____		

Stessa attività di cui al punto precedente dovuta **ad attività sindacale** e sostituzioni d'ufficio anche se didurata inferiore a 5 gg. (3). Le sostituzioni effettuate subbase oraria ai sensi dell'art. 23 sono valutate con gli stessi criteri di cui al Titolo II, lett. c)

ASP _____ **MEDICO** _____ **ANNO** _____

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
Mesi X 0,20.
p. _____

Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione nella

EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE indeterminato, determinato

Anno:..... **ASP** _____

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_____

<p>Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione di CONTINUITA' ASSISTENZIALE (per mese, ragguagliato a 96 ore di attività)</p> <p>indeterminato, determinato Anno:.....</p> <p>ASP _____</p> <p>Gennaio dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Febbraio dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Marzo dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Aprile dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Maggio dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Giugno dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Luglio dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Agosto dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Settembre dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Ottobre dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Novembre dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Dicembre dal _____ al _____ ore _____</p>	<p style="text-align: right;">Totale Mesi X 0,20.</p>	
<p>Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate: per ogni mese di attività corrispondente a 52 ore:</p> <p>indeterminato, determinato</p> <p>Anno:..... ASP _____</p> <p>Gennaio dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Febbraio dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Marzo dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Aprile dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Maggio dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Giugno dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Luglio dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Agosto dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Settembre dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Ottobre dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Novembre dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Dicembre dal _____ al _____ ore _____</p>	<p style="text-align: right;">Totale Mesi X 0,10.</p>	

<p>Attività programmata nei servizi territoriali di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale in forma di reperibilità ai sensi del presente accordo (per mese, ragguagliato a 96 ore di attività)</p> <p>Anno:..... ASP _____</p> <p>Gennaio dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Febbraio dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Marzo dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Aprile dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Maggio dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Giugno dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Luglio dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Agosto dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Settembre dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Ottobre dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Novembre dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Dicembre dal_____ al_____ ore_____</p>	<p style="text-align: right;">Totale Mesi X 0,05.</p>	
<p>Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende: (per mese)</p> <p>Anno:..... ASP _____</p> <p>Gennaio dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Febbraio dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Marzo dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Aprile dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Maggio dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Giugno dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Luglio dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Agosto dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Settembre dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Ottobre dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Novembre dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Dicembre dal_____ al_____ ore_____</p>	<p style="text-align: right;">Totale Mesi X 0,20.</p>	

<p>Servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina, anche in qualità di ufficiale medico di Complemento (per mese per un massimo di 12 mesi) Anno:..... ASP _____ dal _____ al _____</p>	<p>(*) Totale Mesi X 0,10.</p>	
<p>Servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina, anche in qualità di ufficiale medico di complemento, ed in concomitanza di incarico, anche provvisorio, di medicina generale e limitatamente al periodo di concomitanza. (per mese) Anno:..... ASP _____ dal _____ al _____ presso _____ dal _____ al _____ presso _____</p>	<p>(*) Totale Mesi X 0,20.</p>	
<p>Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto dopo la laurea in medicina e chirurgia: (per mese per un massimo di 12 mesi) Anno:..... ASP _____ dal _____ al _____ presso _____ dal _____ al _____ presso _____</p>	<p>(*) Totale Mesi X 0,10. p. _____</p>	
<p>Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto in concomitanza di incarico ai sensi del presente Accordo: (per mese per un massimo di 12 mesi) Anno:..... ASP _____ dal _____ al _____ presso _____ dal _____ al _____ presso _____</p>	<p>(*) Totale Mesi X 0,20. p. _____</p>	
<p>Attività di medico pediatra di libera scelta, anche in forma di sostituzione, se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi (per mese di attività). Anno:..... ASP _____ <p style="text-align: center;">PLS _____</p> 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 _____</p>	<p>Totale Mesi X 0,10. p. _____</p>	

Settembre dal_____ al_____ ore_____		
Ottobre dal_____ al_____ ore_____		
Novembre dal_____ al_____ ore_____		
Dicembre dal_____ al_____ ore_____		
<p> Attività come medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna, e medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici, medico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato con il Ministero della Sanità per il servizio di assistenza ai naviganti. (0,05 punti per mese di attività)</p> <p> Anno:..... ASP _____</p> <p style="text-align: right;">presso _____</p>	(*) Totale Mesi X 0,05. P. _____	PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO
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_____		
<p> Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria nelle carceri, sia a tempo indeterminato che di sostituzione, e di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo per ogni mese di attività:</p> <p> Anno:..... ASP _____ PRESSO LA CASA</p> <p style="text-align: center;">CIRCONDARIALE DI _____</p>	(*) Totale Mesi X 0,20.	
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_____		
<p>Servizio prestato presso aziende termali, (Legge 24 ottobre 2000 n.323 art.8), equiparato all'attività di continuità assistenziale, per ogni mese complessivo di attività</p> <p>Anno:..... ASP _____</p> <p>_____ ENTE _____</p>				(*)	
Gennaio	dal_____	al_____	ore_____	Totale Mesi X 0,20.	
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_____		
<p>Servizio effettivo di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale, di emergenza territoriale, svolto in paesi dell'Unione Europea, ai sensi della legge 9 febbraio 1979 n.38, della legge 10 luglio 1960 n.735 e successive modificazioni e del decreto ministeriale 1° settembre 1988 n.430: per ciascun mese complessivo</p> <p>Anno:..... ASP _____</p>				(*)	
Gennaio	dal_____	al_____	ore_____	Totale Mesi X 0,20 p. _____	
Febbraio	dal_____	al_____	ore_____		
Marzo	dal_____	al_____	ore_____		
Aprile	dal_____	al_____	ore_____		
Maggio	dal_____	al_____	ore_____		
				PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO	

Giugno	dal_____	al_____	ore_____		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_____		
Data	firma del medico			Totale punteggio complessivo	
_____	_____			_____	

(*) Punteggio per attività prestate indipendentemente dalla regione di appartenenza

N.B.: Le sostituzioni sono valutabili solo se effettuate a medico di medicina generale con più di 100 utenti, e a medico pediatra con almeno 70 utenti. Tali indicazioni devono essere espressamente dichiarate nel certificato rilasciato dall'Ente interessato.

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

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. 4, legge 4 gennaio 1968, n° 15 dichiara formalmente di:

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 (1).

Soggetto _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____ Tipo di rapporto di

lavoro _____ Periodo: dal _____

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 (1).

essere 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 _____

non essere titolare di incarico come medico di assistenza primaria

essere titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo

Nazionale con massimale di n° _____ scelte Periodo dal _____

non essere titolare di incarico come medico pediatra di libera

essere titolare di incarico come specialista ambulatoriale convenzionato interno

a tempo indeterminato

tempo o a tempo determinato: (1)

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

non essere titolare di incarico a o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno

essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (1)

Provincia _____ branca _____ Periodo: dal _____

non essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni

avere un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n.502/92:

Azienda _____ Via _____

Tipo di attività _____ Periodo: dal _____

non avere apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n.502/92:

essere titolare di incarico nella continuità assistenziale

a tempo indeterminato

a tempo determinato

nella Regione

altra regione (1): Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____

in forma attiva

in forma di disponibilità

non essere titolare di incarico nella continuità assistenziale

essere titolare di incarico nella emergenza sanitaria territoriale

a tempo indeterminato

a tempo determinato

nella Regione

altra regione (1): Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____ in

- in forma attiva
- in forma di disponibilità
- non essere titolare di incarico nella emergenza sanitaria territoriale

essere iscritto 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 _____

non essere iscritto 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:

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. _____ Via _____ Comune
di _____ Tipo di attività _____ Tipo di rapporto di lavoro Periodo: dal

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.

operare qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:

Organismo _____ ore sett. _____ Via _____

Comune di _____ Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____ Periodo: dal _____

non operare qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:

svolgere funzioni di medico di fabbrica (1) o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:

Azienda _____ ore sett. _____ Via _____ Comune

di _____ Periodo: dal _____

non svolgere funzioni di medico di fabbrica (1) o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:

svolgere per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del

quale può acquisire scelte: (1) Azienda _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

non svolgere per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del

quale può acquisire scelte.

avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case

di cura private e industrie farmaceutiche: (1) _____ Periodo: dal _____

non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case

di cura private e industrie farmaceutiche:

essere 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:

non essere 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.

fruire 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 _____

non fruire 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.

svolgere 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 _____

non svolgere 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)

essere titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato: (1)

Azienda _____ Via _____ Tipo di attività _____

_____ Periodo: dal _____

non essere titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato:

svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti) _____

non svolgere 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)

operare 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 _____

non operare 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):

essere titolare di trattamento di pensione. : (1) _____ Periodo: dal _____

non essere titolare di trattamento di pensione.

fruire di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto

precedente : (1) soggetto erogante il trattamento pensionistico _____

Pensionato dal _____

NOTE: _____

non fruire di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto precedente : _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

Ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci e la falsità negli atti, sono puniti dal codice penale. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Ai sensi dell'art. 38 del DPR n. 445/2000, la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica, ancorché non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.

In fede,

Data _____

Firma _____

(1) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE"

Informativa resa all'interessato per il trattamento di dati personali.

Ai sensi del Regolamento Europeo 27 aprile 2016 n.2016/679/UE e del Codice della Privacy, D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 modificato dal D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101, si informa che: - i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente per le finalità strettamente necessarie e connesse alla formazione della graduatoria regionale di medicina generale valida per l'anno _____. Per tali finalità l'acquisizione dei dati è necessaria e il loro mancato conferimento, o una loro omissione, comporterà l'esclusione dalla procedura. - il trattamento viene effettuato mediante strumenti cartacei, informatici, telematici e telefonici. - l'interessato ha diritto di accedere ai dati che lo riguardano, di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione se non pertinenti o raccolti in modo non conforme alle norme. L'interessato può, altresì, opporsi al trattamento per motivi legittimi. - i dati personali saranno pubblicati sul sito istituzionale e sul Bollettino Ufficiale della Regione _____;

- Titolare del trattamento dei dati è _____ -

Responsabile del trattamento dei dati è _____

Si autorizza l'Amministrazione al trattamento dei propri dati personali.

Data ____ / ____ / ____

Firma _____

AVVERTENZE GENERALI

DIPLOMA DI LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA AL 31 DICEMBRE 1994 (Per i titoli di studio conseguiti all'estero allegare il provvedimento di riconoscimento di equipollenza).

- PER CHI SI E' LAUREATO SUCCESSIVAMENTE AL 31 DICEMBRE 1994 E' OBBLIGATORIO IL POSSESSO DEL DIPLOMA DI FORMAZIONE IN MEDICINA GENERALE
- CHI E' ISCRITTO ALL'ALBO PROFESSIONALE.

PER ESSERE ISCRITTI NEL SETTORE DELL'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE E' OBBLIGATORIO:

- PER CHI SI E' LAUREATO SUCCESSIVAMENTE AL 31 DICEMBRE 1994 E' OBBLIGATORIO IL POSSESSO DEL DIPLOMA DI FORMAZIONE IN MEDICINA ED ESSERE IN POSSESSO DELL'ATTESTATO DI ABILITAZIONE ALL'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

SI PRECISA, PERTANTO, CHE IL MEDICO CHE E' SOLO POSSESSO DELL'ATTESTATO D'ABILITAZIONE ALL'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE NON PUO' FARE DOMANDA

LA DOMANDA E' UNICA PER I TRE SETTORI ED E' NECESSARIO INDICARE IL SETTORE CHE INTERESSA E DEL QUALE NON SI E' TITOLARE mentre annualmente possono essere presentate domande integrative dei titoli aggiuntivi rispetto a quelli precedentemente allegati.

SI PRECISA:

1. Nel caso in cui non è stata prestata attività per una o più delle attività della medicina generale e non ci sono titoli aggiuntivi rimane confermato il punteggio della precedente graduatoria e **non è necessario fare domanda;**
2. **i medici titolari d'incarico a tempo indeterminato** per una o più delle attività della medicina generale, **non possono fare domanda di inserimento** per il settore di attività nel quale sono già convenzionati, **ma possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento** (ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, reso esecutivo il 29.7.2009, art. 15, comma11).

AVVERTENZE ACN 2018

L'Accordo Collettivo Nazionale della medicina generale recepito in Conferenza Stato-Regioni in data 21/06/2018 ha riformulato agli articoli 2 e 3 rispettivamente i precedenti articoli 15 "Graduatoria regionale" e 16 "Titoli per la formazione delle graduatorie" introducendo alcune novità sia nei requisiti di accesso alla graduatoria sia nel riconoscimento del relativo punteggio a titoli accademici e di servizio. A valere dalla graduatoria valida per l'anno 2020 (presente domanda) si applicheranno le nuove disposizioni.