

AL DIPARTIMENTO DELLA SALUTE
Sezione Strategie e Governo dell'OffertaApporre
BOLLO

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 _____

Di avere la cittadinanza Italiana o di altro Paese appartenente alla UE (**includere 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 2020, 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**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, e, pertanto, possono concorrere alla assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento".

Acclude 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 _____

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

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 ____ ____ ____	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	Punti 7,20
Conoscenza della lingua inglese non inferiore al livello B2 del quadro comune europeo(QCE) N.B. è obbligatorio presentare copia del certificato.	Punti 0,20
patente europea per l'utilizzo del PC (ECDL). N.B. è obbligatorio presentare copia del certificato ECDL.	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 2020 (giusta art. 2 comma 3 dell' accordo collettivo nazionale per la medicina generale vigente dal 21/06/2018), hanno 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 2020, i medici devono presentare domanda entro il 31 gennaio 2019, 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).

La dichiarazione sostitutiva di cui al punto C), per essere valida dev' essere spedita unitamente a 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. entro il 31/01/2019 (a tal fine fa fede il timbro postale). La mancata sottoscrizione della domanda, della dichiarazione sostitutiva, ovvero la spedizione oltre il termine del 31/01/2019, comportano l'esclusione dalla 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 31/12/2018.
9. I medici che erano già presenti nella precedente graduatoria (anno 2019) oltre all'obbligo della presentazione della domanda (pena cancellazione) potranno dichiarare solo i titoli acquisiti nel corso dell'anno 2018, nonché eventuali titoli di servizio non presentati per la precedente graduatoria.
10. Potranno presentare altresì, domanda di inserimento in graduatoria nei termini del 31/01/2019, i medici che nell'anno 2019 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 15/09/2019 comporterà l'esclusione d'ufficio dalla graduatoria.
11. I medici che presentano la domanda per la prima volta devono barrare la voce "primo inserimto", tutti gli altri devono barrare la voce "integrazione titoli".

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

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196 e in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo di quanto segue:

- 1. Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento da parte di questa Amministrazione della formazione della graduatoria regionale;**
- 2. Il trattamento viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici;**
- 3. Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra, pertanto, in caso di rifiuto, Ella non potrà essere inserito in detta graduatoria;**
- 4. I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione PUGLIA;**
- 5. Titolare del trattamento dei dati è la Regione Puglia, Dipartimento della Salute, del Benessere e dello Sport per Tutti, il responsabile è il dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta.**

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 SVOLTAPARTE RISERVATA
ALL'UFFICIO

Cod. regione

Io sottoscritt_ Dott. _____

cognome

nome

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:**

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 minimo 38 h settimanali)

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 _____

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 ___ ___ ___ al ___ ___ ___	ore _____
dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___	ore _____	dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___	ore _____
dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___	ore _____	dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___	ore _____
dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___	ore _____	dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___	ore _____
dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___	ore _____	dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___	ore _____
dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___	ore _____	dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___	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 ___ ___ ___ al ___ ___ ___	ore _____
dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___	ore _____	dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___	ore _____
dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___	ore _____	dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___	ore _____
dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___	ore _____	dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___	ore _____
dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___	ore _____	dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___	ore _____
dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___	ore _____	dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___	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 ___ ___ ___ al ___ ___ ___
dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___	dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___
dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___	dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___
dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___	dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___
dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___	dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___
dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___	dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___

N.B. 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___
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

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.

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.18 comma 2,3,4 e 5 A.C.N. 29/07/09 (*)

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).

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

ALLEGATO C

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

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)
