

**Area Vasta n. 2**

**Determina n. 1044 /AV2 del 06/08/2015**

**AVVISO PUBBLICO**

**per il conferimento di n. 41 incarichi provvisori, vacanti alla data del 31.7.2015, per n.24 ore sett.li cad. di Continuità Assistenziale.**

**Periodo di validità 1.10.2015/31.3.2016.**

- n. 4 sede di Senigallia
- n. 2 sede di Corinaldo
- n. 2 sede di Ostra Vetere
- n. 3 sede di Arcevia
- n. 3 sede di Jesi
- n. 2 sede di San Marcello
- n. 1 sede di Filottrano
- n. 2 sede di Moie
- n. 1 sede di Cingoli
- n. 1 sede di Fabriano,
- n. 2 sede di Serra San Quirico
- n. 3 sede di Sassoferrato
- n. 1 sede di Agugliano/Polverigi
- n. 2 sede di Chiaravalle
- n. 3 sede di Falconara Marittima
- n. 1 sede di Montemarciano
- n. 5 sede di Osimo (di cui n.1, con probabile durata 1.10/30.11.2015  
per sostituzione medico in gravidanza)
- n. 2 sede di Loreto
- n. 1 sede di Castelfidardo

**Decorrenza incarichi 01/10/2015.**

**Validità massima di 6 mesi.**

**SI RENDE NOTO**

che, nelle more della copertura a tempo indeterminato degli incarichi di cui si tratta secondo le procedure di cui all'art. 63 del vigente ACN, questa Area Vasta n. 2 procederà al conferimento degli incarichi in oggetto decorrenti dal 01/10/2015, **per la durata massima di sei mesi, salva la risoluzione anticipata dovuta al conferimento della titolarità a tempo indeterminato e/o al verificarsi delle situazioni di cui ai punti 12,13,14,15 e 16 del presente Avviso.**

Gli interessati, ai sensi della Norma Finale n.9 dell' AIR MG, e delle decisioni del Comitato Regionale della MG approvate con DGRM n.268 del 9.2.2010, verranno graduati con i criteri di seguito precisati:

**Area Vasta n. 2**

<b>1</b>	<b>Medici iscritti nella graduatoria di Settore Regione Marche vigente alla data di presentazione della domanda</b> <b>- non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in M.G. (norma fin. 9 c. 2 AIR 751/2007)</b>	residenti nella Area Vasta n. 2	graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale di settore (art. 16 ACN 29/7/2009)
		residenti nella Regione Marche	graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale di settore (art. 16 ACN 29/7/2009)
		residenti fuori Regione	graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale di settore (art. 16 ACN 29/7/2009)
<b>2</b>	<b>Medici in possesso alla data di presentazione della domanda del Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale (art. 15,c.12 – norma trans. 4 ACN/2009)</b> <b>- non iscritti a scuole di specializzazione (norma fin. 9 c. 4 AIR 751/2007)</b>	residenti nella Area Vasta n. 2	graduati secondo: 1. minore età al momento del conseguimento laurea 2. voto di laurea 3. anzianità di laurea
		residenti nella Regione Marche	graduati secondo: 1. minore età al momento del conseguimento laurea 2. voto di laurea 3. anzianità di laurea
<b>3</b>	<b>Medici in possesso del titolo di abilitazione prima del 31/12/1994</b> <b>- non iscritti alla data di presentazione della domanda a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in M.G. (norma fin. 9 c. 4 AIR 751/2007)</b>	residenti nella Area Vasta n. 2	graduati secondo: 1. minore età al momento del conseguimento laurea 2. voto di laurea 3. anzianità di laurea
		residenti nella Regione Marche	graduati secondo: 1. minore età al momento del conseguimento laurea 2. voto di laurea 3. anzianità di laurea
<b>4</b>	<b>Medici in possesso del titolo di abilitazione successivamente alla data del 31/12/1994 (norma finale 5 ACN/2009)</b> <b>- non iscritti alla data di presentazione della domanda a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in M.G. (norma fin. 9 c. 4 AIR 751/2007)</b>	residenti nella Area Vasta n. 2	graduati secondo criteri previsti dall'art. 16 dell'ACN per la redazione della graduatoria regionale degli aspiranti al convenzionamento
		residenti nella Regione Marche	graduati secondo criteri previsti dall'art. 16 dell'ACN per la redazione della graduatoria regionale degli aspiranti al convenzionamento

**Area Vasta n. 2**

<b>5</b>	<b>Medici iscritti <i>alla data di presentazione della domanda</i> al corso di formazione specifica in M.G. - non titolari di rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato (norma fin. 9 c. 4 AIR 751/2007)</b>	residenti nella Area Vasta n. 2	graduati secondo: 1. minore età al momento del conseguimento laurea 2. voto di laurea 3. anzianità di laurea
		residenti nella Regione Marche	graduati secondo: 1. minore età al momento del conseguimento laurea 2. voto di laurea 3. anzianità di laurea
<b>6</b>	<b>Medici iscritti <i>alla data di presentazione della domanda</i> a scuole di specializzazione - non titolari di rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato (norma fin. 9 c. 4 AIR 751/2007)</b>	residenti nella Area Vasta n. 2	graduati secondo: 1. minore età al momento del conseguimento laurea 2. voto di laurea 3. anzianità di laurea
		residenti nella Regione Marche	graduati secondo: 1. minore età al momento del conseguimento laurea 2. voto di laurea 3. anzianità di laurea
<b>7</b>	<b>Medici residenti fuori Regione - non iscritti <i>alla data di presentazione della domanda</i> a scuole di specializzazioni /corso di formazione specifica in M.G. (norma fin. 9 c. 4 AIR 751/2007)</b>	graduati secondo l'ordine sopra utilizzato e con i criteri previsti nelle rispettive categorie, con priorità per i residenti nelle Regioni limitrofe.	

Le attività non espressamente previste dall'art.16 dell'ACN MG 23.3.2005, integrato dal nuovo ACN MG 29.7.2009 non possono e non verranno valutate, così come non saranno valutate le attività di servizio eventualmente svolte durante i periodi formativi.

**N.B.**

**Per tutte le categorie è data priorità ai medici che non detengono alcun rapporto di lavoro pubblico o privato.**

## AVVERTENZE GENERALI

1. Le domande per il conferimento degli incarichi provvisori di Continuità Assistenziale, conformemente agli allegati che seguono, dovranno essere spedite a mezzo **Raccomandata A.R. E PERVENIRE all'A.S.U.R. – Area Vasta n. 2 – Uffici Amministrativi “Medicina Convenzionata” U.O.C. DAT - sede operativa di Ancona – Via Cristoforo Colombo 106 – ANCONA, entro le ore 12,00 del 24.8.2015, pena l'esclusione.**

Le domande si considerano prodotte in tempo utile solo se pervenute entro il termine indicato.

Non verranno considerate le domande pervenute oltre il termine di scadenza sopra indicato, qualunque ne sia la causa.

2. In allegato alla domanda gli aspiranti agli incarichi dovranno produrre gli allegati A, B, e C e copia di un documento d'identità in corso di validità, datato e firmato dagli stessi.
3. La postazione, sede dell'incarico, non deve essere indicata nella domanda perché sarà attribuita **direttamente in base alla scelta che verrà dichiarata** nell'incontro che si terrà presso le Aule della Formazione dell'Area Vasta n. 2 – sede di Ancona (Palazzina n.8).

Nell'ambito della domanda, INVECE, i medici potranno eventualmente specificare la disponibilità ad effettuare SOSTITUZIONI OCCASIONALI, indicando, in questo caso, le specifiche sedi di interesse anche per le postazioni al momento non scoperte.

4. Per eventuali informazioni circa le postazioni, i medici potranno rivolgersi ai seguenti amministrativi:

- Postazioni Distretto 4 Senigallia: Elena Benvenuti 071/79092232
- Postazioni Distretto 5 Jesi: Tiziana Zenobi 0731/534649
- Postazioni Distretto 6 Fabriano: Giulia Battistoni 0732/707380
- Postazioni ex Zona Territoriale 7 Ancona: Isabella Molinelli 071/7490713 -**Area Nord**  
Evelina Baiardelli 071/8705979-**Area Centro**  
Marco Markic 071/7130807- **Area Sud**

5. La “graduatoria” derivante dalla presente procedura selettiva verrà pubblicata sul sito internet : [www.asurzona7.marche.it](http://www.asurzona7.marche.it) nelle news e nella sezione Convenzioni Nazionali, alla voce “Avvisi”;

Tale graduatoria verrà pubblicata con UN ANTICIPO DI 3/4 GIORNI per dare modo agli interessati di visionare la stessa e di proporre eventuali osservazioni, entro i termini che verranno comunicati in sede di pubblicazione della stessa.

## Area Vasta n. 2

Tale graduatoria potrà essere utilizzata anche per ulteriori incarichi di sostituzione che si renderanno vacanti nel periodo 1.10.2015/31.3.2016.

6. Unitamente alla graduatoria, sarà pubblicata sul sito: [www.asurzona7.marche.it](http://www.asurzona7.marche.it) nelle news e nella sezione Convenzioni Nazionali, alla voce "Avvisi" LA DATA (GIÀ PREVISTA PER IL GIORNO 23.9.2015) L'ORA, LA SEDE DELL'INCONTRO, IL NUMERO ED IL NOME DEI MEDICI CONVOCATI, PRESSO L'ASUR AV2, SEDE DI ANCONA, VIA C.COLOMBO N.106 ANCONA, AVENTI TITOLO ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI, SECONDO L'ORDINE DELLA GRADUATORIA.

**LA CONSULTAZIONE DEL SITO COSTITUISCE ONERE ESPRESSO A CARICO DEI CANDIDATI POICHE' NON E' PREVISTO L'AVVISO DI CONVOCAZIONE SCRITTA.**

**La mancata presenza dell'interessato all'incontro nel giorno e nell'ora stabilita equivarrà a rinuncia**, fatta salva l'eventuale presenza di un delegato, allo scopo incaricato dall'interessato con delega espressa, accompagnata da un documento di riconoscimento del delegante datata e firmata.

7. Gli incarichi verranno assegnati sulla base della graduatoria di disponibilità redatta ai sensi della Norma Finale n. 9 della DGRM n. 751 del 2.7.2007 e delle decisioni del Comitato Regionale della MG approvate con DGRM n. 268 del 9.2.2010.  
**Non verranno prese in considerazione le domande dei medici non in possesso dei previsti obbligatori requisiti alla data del 30.6.2015.**
8. I punteggi assegnabili ai medici posizionati al punto 1 della Norma Finale n. 9 verranno desunti dalla graduatoria annuale regionale di settore del 2015.

**Nella valutazione dei titoli si terrà conto solo dei titoli posseduti alla data del 30.6.2015.**

**I titoli conseguiti dopo tale data saranno utili per la graduatoria relativa agli incarichi che dovranno essere coperti con altro Avviso Pubblico.**

9. Saranno valutati i servizi svolti fino al 30.6.2015;
10. Non verranno prese in considerazione eventuali dichiarazioni di servizi redatte in forma illeggibile.
11. Per i servizi svolti all'interno dell'Area Vasta n. 2, si provvederà alla loro identificazione d'ufficio ed i medici presenti nella graduatoria del precedente avviso di CA avranno rivalutato il loro punteggio per l'attività svolta dal 1.1.2015 al 30.6.2015.
12. E' fatto d'obbligo ai medici presenti in graduatoria di comunicare, ad ogni effetto di legge, ogni variazione relativa allo status di riferimento che configuri una sopravvenuta condizione di incompatibilità, così individuata ai sensi della vigente normativa.

**Area Vasta n. 2**

13. **Ai sensi dell'art. 17, c.5, l'accertamento di situazioni di incompatibilità, chiaramente, condurrà alla revoca immediata dell'incarico ed alla cancellazione dalla graduatoria di disponibilità.**
14. **Si specifica che in caso di revoca dell'incarico come sopradetto, o qualora il medico che ha accettato l'incarico, secondo le priorità della graduatoria di disponibilità, dovesse poi rinunciare, (solo per motivi eccezionali e dichiarati per iscritto), l'incarico medesimo verrà assegnato al primo dei medici che non ha ottenuto l'incarico presso la sede dell'AV2 ad Ancona.**
15. La rinuncia all'incarico regolarmente iniziato ed espletato per un periodo inferiore a quello accettato, dovrà avvenire con un preavviso di almeno trenta giorni, al fine di permettere l'individuazione di altro sanitario.
16. Per tutto quanto non previsto si rinvia all'art.70 del vigente ACN e alla Norma Finale 9 del vigente AIR, così come modificata dalla DGRM n.268/2010.
17. Si ribadisce che :
- il medico non presente all'incontro sarà considerato rinunciario e verrà depennato dalla graduatoria, salvo che sia presente un suo delegato munito di apposita delega scritta;
  - il medico che , interpellato per un incarico, vi rinunci, per qualsiasi motivo, sarà depennato dalla graduatoria generale e dalla graduatoria delle sostituzioni occasionali;
  - ogni informazione circa la postazione da scegliere e quant'altro ad essa attinente, dovrà essere assunta presso gli Amministrativi di cui al punto 4, prima dell'incontro suddetto per facilitare l'assegnazione degli incarichi medesimi.

---

**Per informazioni di carattere giuridico amministrativo telefonare al n. 071/8705870/72.**

**Si fa riserva della facoltà di prorogare, modificare, sospendere o revocare il presente avviso, dandone comunicazione agli interessati.**

***Il Responsabile U.O.C***  
**Direzione Amministrativa Territoriale**  
**Dott.ssa Chantal Mariani**

**DOMANDA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI E/O DI SOSTITUZIONE  
NEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE PRESSO L'AREA VASTA N. 2  
PERIODO 01/10/2015-31/03/2016.**

**All'ASUR  
AREA VASTA N. 2 – sede di Ancona  
U.O.C. DAT  
SETTORE MEDICINA CONVENZIONATA  
(Palazzina n.22)  
Via C. Colombo, 106 – 60127 ANCONA**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ indirizzo: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail  
\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'assegnazione di incarico provvisorio nel Servizio di Continuità Assistenziale per il periodo massimo di sei mesi dal 01/10/2015, presso codesta Area Vasta n. 2.

Il sottoscritto si dichiara, altresì, disponibile alle **SOSTITUZIONI OCCASIONALI** che si dovessero verificare, nel periodo medesimo, presso le sottoindicate postazioni dell'AV2:

- Sede di Senigallia
- Sede di Ostra
- Sede di Corinaldo
- Sede di Ostra Vetere
- Sede di Arcevia



## Area Vasta n. 2

- Sede di Jesi
- Sede di Cingoli;
- Sede di Filottrano
- Sede di Moie di Maiolati
- Sede di Cupramontana
- Sede di S.Marcello
- Sede di Sassoferrato
- Sede di Serra San Quirico
- Sede di Fabriano
- Sede di Ancona
- Sede di Agugliano/Polverigi
- Sede di Chiaravalle
- Sede di Falconara Marittima
- Sede di Montemarciano
- Sede di Osimo
- Sede di Camerano/Sirolò
- Sede di Castelfidardo
- Sede di Loreto

All'uopo, 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 di appartenere alla categoria di cui al punto (barrare la casella che interessa):

- 1) Medici iscritti nella graduatoria di Settore Regione Marche (art.15, c. 12 ACN/2005 e s.m.i.), vigente alla data di presentazione della domanda, non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in MG (norma fin. 9 c.2 AIR n.751/2007)
- 2) Medici in possesso alla data di presentazione della domanda del Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale (art.15, c. 12 norma trans. 4 ACN/2005 e s.m.i.) non iscritti a scuole di specializzazione (norma fin. 9 c.4 AIR n.751/2007)
- 3) Medici in possesso del titolo di abilitazione alla data del 31.12.1994 non iscritti alla data di presentazione della domanda a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in MG (norma fin. 9 c.4 AIR n.751/2007)
- 4) Medici in possesso del titolo di abilitazione successivamente alla data del 31.12.1994 (norma fin.5 ACN/2005 e s.m.i.) non iscritti alla data di presentazione della domanda a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in MG (norma fin. 9 c.4 AIR n.751/2007)  
(Per i servizi prestati presso l'AV2 si provvede d'ufficio)



**Area Vasta n. 2**

- ف 5) Medici iscritti alla data di presentazione della domanda al corso di formazione specifica in MG anno ----- non titolari di rapporto dipendente pubblico o privato (norma fin. 9 c.4 AIR n.751/2007).
- ف 6) Medici iscritti alla data di presentazione della domanda a scuole di specializzazione anno ----- non titolari di rapporto dipendente pubblico o privato (norma fin. 9 c.4 AIR n.751/2007).
- ف 7) Medici residenti fuori Regione non iscritti alla data di presentazione della domanda a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in MG (norma fin. 9 c.4 AIR n.751/2007)

Dichiara:

- di non trovarsi in posizione di incompatibilità ai sensi dell'art. 17, comma 1, lettere a)-b)-c)-d) e) e comma 2, lettere a)-b)-c)-d) f).
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui **all'art.13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30.6.2003** che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

In fede.

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 I _ I _ I _ I _ I _ I con voto _____/110
Abilitazione all'esercizio professionale conseguita presso l'Università di _____ in data I _ I _ I _ I _ I _ I
Iscrizione all'Ordine dei medici di _____ dal I _ I _ I _ I _ I _ I
Specializzazione o libera docenza in medicina generale o discipline equipollenti: a) _____ conseguita presso l'Università di _____ in data I _ I _ I _ I _ I _ I b) _____ conseguita presso l'Università di _____ in data I _ I _ I _ I _ I _ I
Specializzazione o libera docenza nelle discipline affini alla medicina generale: a) _____ conseguita presso l'Università di _____ in data I _ I _ I _ I _ I _ I b) _____ conseguita presso l'Università di _____ in data I _ I _ I _ I _ I _ I



**Area Vasta n. 2**

Attestato di formazione in medicina generale (dlgs n. 256/91, 368/99, 277/03)

conseguito il \_\_\_\_\_ presso: \_\_\_\_\_,

data inizio corso |\_|\_|\_|\_|\_| data fine corso |\_|\_|\_|\_|\_|

Data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

(non soggetta ad autenticazione)

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà**

(art. 47 DPR n. 445 del 28/12/2000)

**TITOLI DI SERVIZIO ED ATTIVITÀ SVOLTA<sup>1</sup>**

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 dei seguenti titoli di servizio:**

1) Medico di assistenza primaria convenzionato (compresa attività svolta in qualità di associato) nell'ambito della Regione Marche:	
dal  _ _ _ _ _  al  _ _ _ _ _	ASL/ZONA _____
dal  _ _ _ _ _  al  _ _ _ _ _	ASL/ZONA _____
dal  _ _ _ _ _  al  _ _ _ _ _	ASL/ZONA _____
1.a) Medico di assistenza primaria convenzionato, compresa attività svolta in qualità di associato:	
dal  _ _ _ _ _  al  _ _ _ _ _	ASL/ZONA _____
dal  _ _ _ _ _  al  _ _ _ _ _	ASL/ZONA _____
1.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:	
dal  _ _ _ _ _  al  _ _ _ _ _	ASL/ZONA _____
dal  _ _ _ _ _  al  _ _ _ _ _	ASL/ZONA _____
dal  _ _ _ _ _  al  _ _ _ _ _	ASL/ZONA _____
dal  _ _ _ _ _  al  _ _ _ _ _	ASL/ZONA _____
dal  _ _ _ _ _  al  _ _ _ _ _	ASL/ZONA _____
dal  _ _ _ _ _  al  _ _ _ _ _	ASL/ZONA _____
dal  _ _ _ _ _  al  _ _ _ _ _	ASL/ZONA _____
dal  _ _ _ _ _  al  _ _ _ _ _	ASL/ZONA _____
2. 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.:	
dal  _ _ _ _ _  al  _ _ _ _ _  ASL/medico _____	

<sup>1</sup> Allegato da compilarsi esclusivamente se appartenenti alla categoria 4 o 5.

**Area Vasta n. 2**

dal                 al                 ASL/medico _____	
2.a) Stessa attività di cui al punto precedente effettuata su base oraria: <span style="float: right;"><b>ALLEGATO B</b></span>	
dal                 al                 ore _____ ASL _____ medico _____	
dal                 al                 ore _____ ASL _____ medico _____	
3. Servizio effettivo con incarico $\bar{1}$ a tempo indeterminato, $\bar{1}$ determinato o $\bar{1}$ di sostituzione di continuità assistenziale in forma attiva:	
<b>Anno:</b> ..... <b>Azienda Sanitaria Locale:</b> .....	
Gennaio dal _____ al _____ ore _____	Luglio dal _____ al _____ ore _____
Febbraio dal _____ al _____ ore _____	Agosto dal _____ al _____ ore _____
Marzo dal _____ al _____ ore _____	Settembre dal _____ al _____ ore _____
Aprile dal _____ al _____ ore _____	Ottobre dal _____ al _____ ore _____
Maggio dal _____ al _____ ore _____	Novembre dal _____ al _____ ore _____
Giugno dal _____ al _____ ore _____	Dicembre dal _____ al _____ ore _____
<b>Anno:</b> ..... <b>Azienda Sanitaria Locale:</b> .....	
Gennaio dal _____ al _____ ore _____	Luglio dal _____ al _____ ore _____
Febbraio dal _____ al _____ ore _____	Agosto dal _____ al _____ ore _____
Marzo dal _____ al _____ ore _____	Settembre dal _____ al _____ ore _____
Aprile dal _____ al _____ ore _____	Ottobre dal _____ al _____ ore _____
Maggio dal _____ al _____ ore _____	Novembre dal _____ al _____ ore _____
Giugno dal _____ al _____ ore _____	Dicembre dal _____ al _____ ore _____
<b>Anno:</b> ..... <b>Azienda Sanitaria Locale:</b> .....	
Gennaio dal _____ al _____ ore _____	Luglio dal _____ al _____ ore _____
Febbraio dal _____ al _____ ore _____	Agosto dal _____ al _____ ore _____
Marzo dal _____ al _____ ore _____	Settembre dal _____ al _____ ore _____
Aprile dal _____ al _____ ore _____	Ottobre dal _____ al _____ ore _____
Maggio dal _____ al _____ ore _____	Novembre dal _____ al _____ ore _____
Giugno dal _____ al _____ ore _____	Dicembre dal _____ al _____ ore _____
<b>N.B. Occorre indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio.</b>	
3.a) Servizio effettivo con incarico $\bar{1}$ a tempo indeterminato, $\bar{1}$ determinato, $\bar{1}$ di sostituzione nella medicina dei servizi:	
dal                 al                 ore   _____   ASL/ZONA _____	
dal                 al                 ore   _____   ASL/ZONA _____	
dal                 al                 ore   _____   ASL/ZONA _____	
dal                 al                 ore   _____   ASL/ZONA _____	
3.b) Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate:	

dal |\_|\_|\_|\_|\_| al |\_|\_|\_|\_|\_| ore |\_|\_|\_|\_| | ASL/ZONA \_\_\_\_\_  
 dal |\_|\_|\_|\_|\_| al |\_|\_|\_|\_|\_| ore |\_|\_|\_|\_| | ASL/ZONA \_\_\_\_\_

3.c) Servizio effettivo con incarico  $\hat{I}$  a tempo indeterminato,  $\hat{I}$  determinato o  $\hat{I}$  di sostituzione nella emergenza sanitaria territoriale:

dal |\_|\_|\_|\_|\_| al |\_|\_|\_|\_|\_| ASL/ZONA \_\_\_\_\_  
 dal |\_|\_|\_|\_|\_| al |\_|\_|\_|\_|\_| ASL/ZONA \_\_\_\_\_  
 dal |\_|\_|\_|\_|\_| al |\_|\_|\_|\_|\_| ASL/ZONA \_\_\_\_\_  
 dal |\_|\_|\_|\_|\_| al |\_|\_|\_|\_|\_| ASL/ZONA \_\_\_\_\_

4. Attività programmata nei servizi territoriali di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale in forma di reperibilità:

dal |\_|\_|\_|\_|\_| al |\_|\_|\_|\_|\_| ore |\_|\_|\_|\_| | ASL/ZONA \_\_\_\_\_  
 dal |\_|\_|\_|\_|\_| al |\_|\_|\_|\_|\_| ore |\_|\_|\_|\_| | ASL/ZONA \_\_\_\_\_

5. Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle AUSL:

dal |\_|\_|\_|\_|\_| al |\_|\_|\_|\_|\_| ASL/ZONA \_\_\_\_\_  
 dal |\_|\_|\_|\_|\_| al |\_|\_|\_|\_|\_| ASL/ZONA \_\_\_\_\_  
 dal |\_|\_|\_|\_|\_| al |\_|\_|\_|\_|\_| ASL/ZONA \_\_\_\_\_

6. Attività, anche in forma di sostituzione, di medico pediatria di libera scelta, se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi:

dal |\_|\_|\_|\_|\_| al |\_|\_|\_|\_|\_| ASL/ZONA \_\_\_\_\_  
 dal |\_|\_|\_|\_|\_| al |\_|\_|\_|\_|\_| ASL/ZONA \_\_\_\_\_  
 dal |\_|\_|\_|\_|\_| al |\_|\_|\_|\_|\_| ASL/ZONA \_\_\_\_\_

7. Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina: (\*)

dal |\_|\_|\_|\_|\_| al |\_|\_|\_|\_|\_| presso \_\_\_\_\_  
 dal |\_|\_|\_|\_|\_| al |\_|\_|\_|\_|\_| presso \_\_\_\_\_

(\*) occorre presentare idonea documentazione

8. Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto in concomitanza di incarico di medicina generale: (\*)

dal |\_|\_|\_|\_|\_| al |\_|\_|\_|\_|\_| presso \_\_\_\_\_  
 dal |\_|\_|\_|\_|\_| al |\_|\_|\_|\_|\_| presso \_\_\_\_\_

(\*) occorre presentare idonea documentazione

9. 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:

dal |\_|\_|\_|\_|\_| al |\_|\_|\_|\_|\_| presso \_\_\_\_\_

9.a) 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

**Area Vasta n. 2**

concomitanza di incarico, anche provvisorio, di medicina generale, limitatamente al periodo di  
concomitanza: **ALLEGATO B**

dal |\_|\_|\_|\_|\_| al |\_|\_|\_|\_|\_| presso \_\_\_\_\_

10. Attività come medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna, e medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici, medico generico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato con il Ministero della Sanità per il servizio di assistenza ai naviganti:

dal |\_|\_|\_|\_|\_| al |\_|\_|\_|\_|\_| presso \_\_\_\_\_  
dal |\_|\_|\_|\_|\_| al |\_|\_|\_|\_|\_| presso \_\_\_\_\_

11. 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: (\*)

dal |\_|\_|\_|\_|\_| al |\_|\_|\_|\_|\_| presso \_\_\_\_\_  
dal |\_|\_|\_|\_|\_| al |\_|\_|\_|\_|\_| presso \_\_\_\_\_  
(\*): occorre presentare idonea documentazione

12. Servizio prestato presso Aziende termali (Legge 24 ottobre 2000 n. 323 art. 8), equiparato all'attività di continuità assistenziale: (\*)

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 e orario non inferiore a 35 ore settimanali

13. Servizio effettivo di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale, di emergenza territoriale, svolto in Paesi dell'Unione Europea, ai sensi della L. 9/2/79 n. 38, della L. 10/7/60 n. 735 e successive modificazioni ed integrazioni e del D.M. 1/10/88 n. 430:

dal |\_|\_|\_|\_|\_| al |\_|\_|\_|\_|\_| presso \_\_\_\_\_  
dal |\_|\_|\_|\_|\_| al |\_|\_|\_|\_|\_| presso \_\_\_\_\_

**Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)**

Data \_\_\_\_\_ Firma del dichiarante (2) \_\_\_\_\_

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

(2) Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento d'identità del dichiarante.



**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà**

(art. 47 DPR n. 445 del 28/12/2000)

In riferimento alla domanda per il conferimento di incarichi **di sostituzioni e/o provvisori** di Continuità Assistenziale a valere **per il periodo massimo di sei mesi dal 01.10.2015**

il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
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 sottoelencati, sono conformi agli originali in possesso del sottoscritto:

- 1.....5.....
- 2.....6.....
- 3.....7.....
- 4.....8.....

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Nel caso in cui la domanda venga spedita dovrà essere allegata **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)