

**DETERMINA DEL DIRETTORE DELLA
AREA VASTA N. 2
N. 55/AV2 DEL 19/01/2017**

Oggetto: Medici di Medicina Generale - Emissione AVVISO PUBBLICO per la formazione di graduatoria, al fine del conferimento di incarichi provvisori di Emergenza Sanitaria Territoriale (118) presso l'AREA VASTA 2.

**IL DIRETTORE DELLA
AREA VASTA N. 2**

- -

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente determina, dal quale si rileva la necessità di provvedere a quanto in oggetto specificato;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di adottare il presente atto;

VISTE la DGRM n. 621 del 27/07/2015 ad oggetto: "L.R. n. 13/2003 – Nomina dei Direttori di Area Vasta dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale", la Determina DG ASUR n. 550 del 31/07/2015 ad oggetto: "DGRM n. 621 del 27/07/2015 – Presa d'atto e conseguenti determinazioni" e la Determina DAV2 n. 1038 del 3/08/2015 ad oggetto: "Insediamento dell'Ing. Maurizio Bevilacqua quale Direttore dell'Area Vasta 2".

VISTA l'attestazione del Dirigente della U.O. Bilancio e del Dirigente del Servizio Controllo di Gestione in riferimento al bilancio annuale di previsione;

- D E T E R M I N A -

- 1. DI EMETTERE** un avviso pubblico finalizzato alla predisposizione di una graduatoria di medici disponibili al conferimento di incarichi provvisori e/o di sostituzione, per n. 38 ore settimanali nel settore dell'Emergenza Sanitaria Territoriale, presso le POTES dell'Area Vasta n. 2, ai sensi dell'art. 97 dell'ACN/MMG.
- 2. DI APPROVARE** il bando di avviso allegato alla presente determina, di cui costituisce parte integrante e sostanziale, redatto secondo i criteri stabiliti dall'ACN/MMG e dall'AIR/MMG, di cui alla DGRM 751/2007.

3. **DI PRECISARE** che la graduatoria che verrà formulata sarà utilizzata per il conferimento di incarichi provvisori e/o di sostituzione che si renderanno necessari in tutta l'Area Vasta n. 2 e, per periodi che di volta in volta che l'Amministrazione riterrà necessari.
4. **DI RISERVARSI** la pubblicazione delle zone carenti eventualmente rilevatasì in occasione della ricognizione semestrale di cui all'art. 34, comma 1, dell'A.C.N. di categoria.
5. **DI DARE ATTO** che il presente provvedimento non comporta impegno di spesa.
6. **DI DARE ATTO**, inoltre, che la presente determina non è sottoposta a controllo regionale, ai sensi dell'art. 4 della Legge 412/91 e dell'art. 28 della L.R. 26/96 e s.m.i.
7. **DI TRASMETTERE** il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della L.R. 26/96 e s.m.i.;

IL DIRETTORE DELL'AREA VASTA N. 2

Ing. Maurizio Bevilacqua

**ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' CONTABILE
U.O. BILANCIO E SERVIZIO CONTROLLO DI GESTIONE:**

I sottoscritti, visto quanto dichiarato nel presente atto dal Responsabile del Procedimento attestano che dall'adozione del presente atto non derivano oneri economici a carico del budget 2017

Il Dirigente U.O.
Programmazione e Controllo di Gestione
(Dott. Paolo Galassi)

Il Dirigente U.O.
Gestione Risorse Economico Finanziarie
(Dott.ssa Antonella Casaccia)

La presente determina consta di n. 14 pagine di cui 10 pagine di allegati.

- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -

U.O.C.: DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE

Normativa di riferimento:

- ❑ Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, entrato in vigore il 23/03/2005 (seduta conferenza Stato-Regioni Rep. 2272 del 23/03/2005) e s.m.i.
- ❑ D.G.R.M. 751 del 02/07/2007 Accordo Integrativo Regionale (A.I.R.) per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, in attuazione dell'A.C.N.

Motivazione:

Il Servizio di Emergenza Sanitario Territoriale della Regione Marche e nello specifico dell'AV2 è stato riorganizzato, ai sensi della DGRM n. 735/2013: "Riduzione della frammentazione della rete ospedaliera, riconversione delle piccole strutture ospedaliere e riorganizzazione della Rete Territoriale della Emergenza-Urgenza della Regione Marche in attuazione della DGR 1696/2012".

In tale contesto, nel quale è prevista una rimodulazione delle POTES in essere nell'Area Vasta 2, emerge la necessità di reperire altri sanitari addetti al Servizio di Emergenza –Urgenza, siano essi inquadrati nei ruoli del personale dipendente che in quello dei medici convenzionati ai sensi dell'ACN della Medicina Generale.

Inoltre presso tutte le postazioni del territorio dell'Area Vasta n. 2, si rilevano situazioni di necessità di sostituzioni (es. cessazioni e malattie di lunga durata).

Dal combinato disposto dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale con l'Accordo Integrativo Regionale, di cui alla DGRM 751/2007, è prevista la possibilità per le Aziende, in materia di attribuzione degli incarichi provvisori e/o di sostituzione, per il settore dell'Emergenza Sanitaria Territoriale, di predisporre graduatorie aziendali di medici disponibili per tale scopo.

Infatti, ai sensi dell'art. 97 dell'ACN/MMG e all'art. 46, comma 6, dell'AIR/MMG, l'Azienda può conferire incarichi provvisori per un massimo di 12 mesi, secondo l'ordine della graduatoria aziendale di disponibilità, redatta secondo i criteri di cui all'art. 16 e alla norma transitoria n. 7, dell'ACN/MMG.

Nel corso degli anni 2015 e 2016 sono stato banditi Avvisi pubblici per la formazione di una graduatoria aziendale per il conferimento di incarichi provvisori/sostituzioni nel servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale /118 dell'AV2.

La graduatoria dell'ultimo, approvata con determina n. 727/AV2 del 2016 è stata completamente utilizzata, per cui si rende necessario bandire un nuovo Avviso pubblico per reperire nuovi medici da incaricare in via provvisoria.

Si precisa inoltre che, proprio in virtù del fatto che il sistema regionale di emergenza urgenza 118 si trova in una fase di riorganizzazione, la presente pubblicazione non rappresenta un impegno al conferimento degli incarichi, da parte dell'AV2, la quale valuterà l'effettivo fabbisogno anche alla luce del probabile mutato quadro organizzativo.

Esito dell'istruttoria:

Per quanto sopra esposto, si propone l'adozione della seguente determina:

1. **DI EMETTERE** un avviso pubblico finalizzato alla predisposizione di una graduatoria di medici disponibili al conferimento di incarichi provvisori e/o di sostituzione, per n. 38 ore settimanali nel settore dell'Emergenza Sanitaria Territoriale, presso le POTES dell'Area Vasta n. 2, ai sensi dell'art. 97 dell'ACN/MMG.
2. **DI APPROVARE** il bando di avviso allegato alla presente determina, di cui costituisce parte integrante e sostanziale, redatto secondo i criteri stabiliti dall'ACN/MMG e dall'AIR/MMG, di cui alla DGRM 751/2007.
3. **DI PRECISARE** che la graduatoria che verrà formulata sarà utilizzata per il conferimento di incarichi provvisori e/o di sostituzione che si renderanno necessari in tutta l'Area Vasta n. 2 e, per periodi che di volta in volta che l'Amministrazione riterrà necessari.
4. **DI RISERVARSI** la pubblicazione delle zone carenti eventualmente rilevatasì in occasione della ricognizione semestrale di cui all'art. 34, comma 1, dell'A.C.N. di categoria.
5. **DI DARE ATTO** che il presente provvedimento non comporta impegno di spesa.
6. **DI DARE ATTO**, inoltre, che la presente determina non è sottoposta a controllo regionale, ai sensi dell'art. 4 della Legge 412/91 e dell'art. 28 della L.R. 26/96 e s.m.i.
7. **DI TRASMETTERE** il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della L.R. 26/96 e s.m.i.

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Dott.ssa Dolores Rossetti

IL DIRIGENTE RESPONSABILE

U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale AV2

Dott.ssa Chantal Mariani

- ALLEGATI -

- Avviso Pubblico

Allegato

U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE AV2
Via Turati, 51- FABRIANO

AVVISO PUBBLICO

SI RENDE NOTO

Che questa Area Vasta ha intenzione di predisporre una graduatoria al fine dell'eventuale conferimento di incarichi provvisori e/o di sostituzione per il Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale, per n. 38 ore settimanali, presso le postazioni dislocate nell'AV2.

Le domande, debitamente compilate e sottoscritte, utilizzando l'allegato modello, unitamente a fotocopia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità dovranno essere indirizzate alla:

Direzione Amministrativa Territoriale dell'Area Vasta n. 2 – Sede Fabriano, dovranno essere inoltrate tramite:

- **servizio postale - Via Turati, 51 – 60044 FABRIANO,**
- **indirizzo P.E.C. areavasta2.asur@emarche.it,**
- **presentate direttamente all'Ufficio Protocollo dalle ore 10.00 alle ore 13.00 di tutti i giorni feriali.**

E' esclusa ogni altra forma di presentazione e trasmissione. Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio; l'eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetto.

Le domande devono pervenire, a pena di esclusione, entro il termine perentorio del giorno

.....
(NON FARA' FEDE IL TIMBRO POSTALE)

Sui siti aziendali verrà pubblicata la graduatoria provvisoria di merito, nonché la data ed il modo entro cui inviare eventuali osservazioni circa la propria posizione nella stessa.

Tale forma di pubblicità assolve "in toto" l'onere di comunicazione in capo all'Amministrazione.

Possono concorrere al conferimento degli incarichi provvisori di Emergenza Sanitaria Territoriale, solo i medici in possesso **dell'attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso previsto ai sensi dell'art. 96 dell'ACN/MMG.**

Criteri per la redazione della graduatoria:

La graduatoria sarà predisposta secondo i criteri previsti dall'art. 16 e dalla norma transitoria n°7 dell'A.C.N./2005, con priorità per i medici residenti nell'Area Vasta n. 2, sarà valida per un anno e comunque fino alla approvazione di una nuova graduatoria.

1	Medici iscritti nella graduatoria Regione Marche (art. 15, c. 12 ACN/2009), ■ Non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in M.G.	A) Residenti nell'Area Vasta n. 2	Graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale (art. 16 ACN 29/07/2009)
		B) Residenti nella Regione Marche	Graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale (art. 16 ACN 29/07/2009)
		C) Residenti fuori Regione	Graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale (art. 16 ACN 29/07/2009)
2	Medici in possesso del Diploma di formazione specifica in Medicina Generale (art.15, c.12 - norma trans.4 ACN/2009). Non iscritti a scuole di specializzazione	A) Residenti nell'Area Vasta n. 2	Graduati secondo: 1. minore età al momento del conseguimento laurea 2. voto di laurea 3. anzianità di laurea
		B) Residenti nella Regione Marche	
3	Medici in possesso del titolo di abilitazione alla data del 31/12/1994 ■ Non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in Medicina Generale	A) Residenti nell'Area Vasta n.2	Graduati secondo: 1. minore età al momento del conseguimento laurea 2. voto di laurea 3. anzianità di laurea
		B) Residenti nella Regione Marche	
4	Medici in possesso del titolo di abilitazione successivamente alla data del 31/12/1994 (norma fin.5 ACN/2009) Non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in Medicina Generale	A) Residenti nell'Area Vasta n. 2	Graduati secondo i criteri previsti dall'art. 16 dell'ACN per la redazione della graduatoria reg.le degli aspiranti al convenzionamento.
		B) Residenti nella Regione Marche	
5	Medici residenti fuori Regione. ■ Non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in Medicina Generale	Graduati secondo l'ordine sopra utilizzato e con i criteri previsti nelle rispettive categorie, con priorità per i residenti nelle Regioni limitrofe	Non saranno graduati i Medici residenti fuori Regione iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in Medicina Generale

N.B.: per tutte le categorie sarà data priorità ai medici che non detengono alcun rapporto di lavoro PUBBLICO o PRIVATO e che non siano titolari di borse di studio anche inerenti a corsi di specializzazione.

Non si prenderanno in considerazione domande non redatte secondo il fac-simile allegato, non firmate o non debitamente compilate, ivi compreso dichiarazioni di servizio redatte in forma illeggibile o generica. Ai sensi dell'art. 17, c.5, l'accertamento di situazioni di incompatibilità, condurrà alla revoca immediata dell'incarico ed alla cancellazione dalla graduatoria di disponibilità.

L'incarico avrà durata da stabilirsi di volta in volta in base alle necessità organizzative del servizio e comunque non potrà superare i 12 mesi (dodici).

Si precisa infine che, essendo il Sistema Regionale di Emergenza Urgenza 118 in fase di riorganizzazione, la presente pubblicazione non rappresenta un impegno al conferimento degli incarichi, da parte della scrivente Area Vasta, che valuterà l'effettivo fabbisogno alla luce del mutato quadro organizzativo.

Ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003 e ss.mm.ii. (Legge sulla Privacy) i dati personali indicati sulla domanda di ammissione verranno utilizzati esclusivamente ai fini della procedura disciplinata dal presente avviso.

Questa Area Vasta n. 2 si riserva la facoltà di prorogare, modificare, sospendere o revocare il presente avviso, dandone comunicazione agli interessati.

Per ogni eventuale informazione:

Dolores Rossetti ☐ 0731-534613

IL DIRETTORE DI AREA VASTA 2
Ing. Maurizio BEVILACQUA

**Area Vasta n°2
Direzione Amministrativa Territoriale
Via Turati, 51- FABRIANO**

.....
...I... sottoscritt... Dott.....
nat.... a prov..... Il residente
a..... prov..... C.A.P.
Via/c.so N° tel n°
CODICE FISCALE-e mail:.....

C H I E D E

di essere inserito nella graduatoria dei medici disponibili per incarichi a tempo determinato (provvisori e di sostituzione) di questa Area Vasta 2 per il settore dell'Emergenza Sanitaria Territoriale.

Le dichiarazioni di cui sopra sono rese ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000; sono a conoscenza delle sanzioni di cui all'art. 76, in caso di false dichiarazioni e della conseguenza che l'accertamento di dichiarazioni mendaci comporterà la decadenza ai benefici conseguiti in relazione alla presente istanza.

Data Firma per esteso

La dichiarazione è sottoscritta dall'interessato e inviata insieme a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore all'ufficio competente.

Informativa resa dall'interessato per il trattamento dei dati personali

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data Firma per esteso

DICHIARA

- di essersi laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli studi di in data con voto
- di essersi abilitato alla professione in data
- di essere iscritto all'Ordine dei medici della provincia di dal
- di essere/non essere incluso nella vigente **graduatoria regionale di settore del servizio EST** della Regione Marche col punteggio di
- di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale previsto dall'art. 96 dell'A.C.N./MMG rilasciato da in data
- di essere/non essere iscritto a corso di formazione specifica di medicina generale D.lgs. 256/91: **(indicare data di iscrizione)** regione
- di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale, di cui al D.lgs. 256/91 conseguito in data presso Regione, (ovvero indicare data di iscrizione al corso)
- di essere/non essere iscritto a scuola di specializzazione: (se sì, indicare tipo di corso e anno di iscrizione) dal presso Università degli Studi
- di essere/non essere in possesso della Specializzazione in, conseguita in data presso Università degli Studi, (indicare data di iscrizione al corso)
- di essere/non essere titolare di borsa di studio: (se sì, indicare tipo borsa e soggetto erogatore) presso
- di non trovarsi in situazione di incompatibilità ai sensi dell'art. 17 dell'A.C.N./2009.

Dichiara altresì il possesso dei seguenti titoli di studio e di servizio:**I - Titoli accademici e di studio:**

- ? Diploma di laurea conseguito con voto 110/110 e 110/110 lode o 100/100 e 100/100 e lode.
- ? Diploma di laurea conseguito con voti da 105/110 a 109/110 o da 95/100 a 99/100.
- ? Diploma di laurea conseguito con voti da 100/110 a 104/110 o da 90/100 a 94/100.
- ? a) Specializzazione o libera docenza in medicina generale o discipline equipollenti ai sensi delle vigenti disposizioni: per ciascuna specializzazione o libera docenza:

SPECIALIZZAZIONE

LIBERA DOCENZA

1) _____

1) _____

2) _____ 2) _____
3) _____ 3) _____

? b) Specializzazione o libera docenza in discipline affini a quella di medicina generale ai sensi delle vigenti disposizioni: per ciascuna specializzazione o libera docenza:

SPECIALIZZAZIONE

LIBERA DOCENZA

1) _____ 1) _____
2) _____ 2) _____
3) _____ 3) _____

? Attestato di formazione in medicina generale di cui all'art.1, comma 2, e all'art. 2, comma 2, del D.L.vo n. 256/91 e delle corrispondenti norme del D.L.vo n. 368/99, e di cui al D.L.vo n. 277/2003.

II - Titoli di servizio

• a) Attività, sia a tempo indeterminato che determinato, di medico di assistenza primaria convenzionato ai sensi dell'art. 48 della legge 833/78 e dell'art. 8, comma 1, del D.L.vo n. 502/92 compresa quella svolta in qualità di associato: per ciascun mese complessivo:

ASL/ZT _____ DAL _____ AL _____
ASL/ZT _____ DAL _____ AL _____
ASL/ZT _____ DAL _____ AL _____
ASL/ZT _____ DAL _____ AL _____

• b) Attività di sostituzione del medico di assistenza primaria convenzionato con il S.S.N. solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi (le sostituzioni dovute ad attività sindacale del titolare sono valutate anche se di durata inferiore a 5 giorni). Le sostituzioni effettuate su base oraria ai sensi dell'art. 37 sono valutate con gli stessi criteri di cui alla lettera c): per ciascun mese complessivo:

ASL/ZT _____ DAL _____ AL _____
ASL/ZT _____ DAL _____ AL _____
ASL/ZT _____ DAL _____ AL _____
ASL/ZT _____ DAL _____ AL _____

• c) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o anche a titolo di sostituzione, nei servizi di guardia medica e di continuità assistenziale in forma attiva: **per ogni mese ragguagliato a 96 ore di attività.** (Per ciascun mese solare non può essere considerato un numero di ore superiore a quello massimo consentito dall'accordo nazionale relativo al settore):

Anno: Azienda Sanitaria Locale:

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 _____

Anno: Azienda Sanitaria Locale:

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 ____
Anno: Azienda Sanitaria Locale:							
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 ____
Anno: Azienda Sanitaria Locale:							
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 ____

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

c1) Servizio effettivo con incarico a tempo determinato e indeterminato nella emergenza sanitaria territoriale: per ogni mese di attività

Anno: Azienda Sanitaria Locale:							
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 ____
Anno: Azienda Sanitaria Locale:							
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 ____
Anno: Azienda Sanitaria Locale:							
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 ____

- c2) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o determinato o di sostituzione nella medicina dei servizi: per ogni mese di **attività ragguagliato a 96 ore di attività:**

Anno: Azienda Sanitaria Locale:							
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 _____
Anno: Azienda Sanitaria Locale:

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 _____

- c3) Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate: **per ogni mese di attività corrispondente a 52 ore:**

Anno: Azienda Sanitaria Locale:

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 _____

Anno: Azienda Sanitaria Locale:

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 _____

- d) Attività programmata nei servizi territoriali, di continuità assistenziale, o di emergenza sanitaria territoriale in forma di reperibilità, ai sensi del presente accordo: **per ogni mese ragguagliato a 96 ore di attività:**

Anno: Azienda Sanitaria Locale:

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 _____

Anno: Azienda Sanitaria Locale:

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 _____

- e) Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende: per ciascun mese complessivo:

Anno: Azienda Sanitaria Locale:

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 _____

Anno: Azienda Sanitaria Locale:

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 _____
Anno: **Azienda Sanitaria Locale:**
 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 _____

- f) Servizio militare di leva (o sostitutivo 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: per ciascun mese:

(inserire la data di inizio e di fine servizio) _____

- g) Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina: per ciascun mese:

(inserire la data di inizio e di fine servizio) _____

- h) Attività, anche in forma di sostituzione, di medico pediatra di libera scelta se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi: per ciascun mese complessivo:

ASL/ZT _____ DAL _____ AL _____
 ASL/ZT _____ DAL _____ AL _____
 ASL/ZT _____ DAL _____ AL _____
 ASL/ZT _____ DAL _____ AL _____

- i) 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 sanitaria ai naviganti: per ciascun mese:

ASL/ZT _____ DAL _____ AL _____
 ASL/ZT _____ DAL _____ AL _____
 ASL/ZT _____ DAL _____ AL _____
 ASL/ZT _____ DAL _____ AL _____

- l) 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:

ASL/ZT _____ DAL _____ AL _____
 ASL/ZT _____ DAL _____ AL _____
 ASL/ZT _____ DAL _____ AL _____
 ASL/ZT _____ DAL _____ AL _____

- m) Servizio prestato presso aziende termali, (con le modalità di cui all'art 8 della Legge 24 ottobre 2000 n.323), equiparato all'attività di continuità assistenziale, per ogni mese complessivo di attività(*):

ASL/ZT _____ DAL _____ AL _____
 ASL/ZT _____ DAL _____ AL _____
 ASL/ZT _____ DAL _____ AL _____
 ASL/ZT _____ DAL _____ AL _____

(* 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.

- n) 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 ed integrazioni e del decreto ministeriale 1° settembre 1988 n.430: per ciascun mese complessivo:

ASL/ZT _____	DAL _____	AL _____
ASL/ZT _____	DAL _____	AL _____
ASL/ZT _____	DAL _____	AL _____
ASL/ZT _____	DAL _____	AL _____

Data

Firma per esteso

La dichiarazione è sottoscritta dall'interessato e inviata insieme a copia di un documento di identità in corso di validità.

Informativa resa dall'interessato per il trattamento dei dati personali

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

Firma per esteso