

**DETERMINA DEL DIRETTORE DELLA
AREA VASTA N. 2
N. 1057/AV2 DEL 18/07/2017**

**Oggetto: Determina n.1035/AV2 del 11/07/2017. Parziale modifica.
Assegnazione incarichi provvisori nelle postazioni/sedi di CA dell'AV2.**

**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 Responsabile del Procedimento 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 sostituire la data del 1° Settembre 2017, erroneamente indicata nella Determina n.1035/AV2 del 11/07/2017, con la data del 1° Ottobre 2017, quale data di decorrenza degli incarichi di cui alla predetta Determina;
2. di precisare che l'avviso di cui alla Determina n.1035/AV2 è finalizzato al conferimento degli incarichi provvisori di Continuità Assistenziale da espletarsi presso le sedi/postazioni dell'Area Vasta n.2;
3. di rendere noto l'allegato avviso pubblico sui siti internet aziendali nelle news e nella sezione Convenzioni Nazionali, alla voce "Avvisi", agli Ordini Provinciali dei Medici, all'URP dell' Area Vasta n.2 ed a tutte le strutture sanitarie ed amministrative interessate, affinché lo stesso non sfugga all'attenzione dei medici interessati agli incarichi in questione;

4. di confermare il restante contenuto della Determina n.1035/AV2 del 11/07/2017, al quale si rinvia per quanto non precisato nel presente atto;
5. di significare che il presente provvedimento non comporta impegno di spesa;
6. di trasmettere copia del presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della L.R. 26/96 e s.m.;
7. di dichiarare il presente atto non soggetto al controllo regionale ed efficace dal giorno della pubblicazione sul sistema attiweb-salute albo pretorio informatico, a norma dell'art.28 L.R. 26/96, come sostituito dall'art.1 della L.R. 36/2013.

IL DIRETTORE DI 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 a carico del budget 2017.

Il Dirigente U.O.
Programmazione e Controllo di Gestione
(Dott.ssa Letizia Paris)

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

La presente determina consta di n. 20, di cui n. 16 pagine di allegati.

- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -

(U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE- Medicina Convenzionata)

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- l'ACN MG del 29.7.2009 ;
- l' AIR della MG di cui alla DGRM n. 751 del 2.7.2007 e s.m.i.ed in particolare la NORMA FINALE N.9;

MOTIVAZIONE

Richiamata la Determina n.1035/AV2 del 11/07/2017 avente ad oggetto: "Avviso Pubblico per il conferimento di incarichi provvisori di Continuità Assistenziale presso le postazioni dell'Area Vasta 2 e l'Aeroporto "Raffaello Sanzio" di Falconara – dal 01/09/2017 al 31/03/2018";

Rilevato che si rende necessario sostituire la data del 1° Settembre 2017, trascritta per mero errore materiale, con la data del 1° Ottobre 2017, quale data di decorrenza per gli incarichi in argomento;

Ritenuto altresì di dover precisare che gli incarichi provvisori di cui si tratta verranno assegnati anche per coprire le esigenze delle varie postazioni/sedi;

Confermato il restante contenuto della Determina n.1035/AV2 del 11/07/2017, al quale si rinvia per quanto non precisato nel presente atto;

ESITO DELL'ISTRUTTORIA

Tutto quanto sopra,

si propone l'adozione del seguente atto

1. di modificare la data del 1° Settembre 2017, erroneamente indicata nella Determina n.1035/AV2 del 11/07/2017, con la data del 1° Ottobre 2017, quale data di decorrenza degli incarichi di cui alla predetta Determina;
2. di precisare che l'avviso di cui alla citata Determina n.1035/AV2 è finalizzato al conferimento degli incarichi provvisori di Continuità Assistenziale da espletarsi presso le sedi/postazioni dell'Area Vasta n.2;

3. di rendere noto l'allegato avviso pubblico, così come modificato, sui siti internet aziendali nelle news e nella sezione Convenzioni Nazionali, alla voce "Avvisi", agli Ordini Provinciali dei Medici, all'URP dell' Area Vasta n.2 ed a tutte le strutture sanitarie ed amministrative interessate, affinché lo stesso non sfugga all'attenzione dei medici interessati agli incarichi in questione;
4. di confermare il restante contenuto della Determina n.1035/AV2 del 11/07/2017, al quale si rinvia per quanto non precisato nel presente atto;
5. di significare che il presente provvedimento non comporta impegno di spesa;

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

Il Responsabile del Procedimento
Dott.ssa Dolores Rossetti

- ALLEGATI -
(ALLEGATO N.1)

ALLEGATO N. 1

Determina n. /AV2 del

AVVISO PUBBLICO

per il conferimento di incarichi provvisori per il servizio di Continuità Assistenziale presso le postazioni/sedi dell'Area Vasta 2, per n. 24 ore settimanali cadauno. Periodo di validità della graduatoria degli interessati 01.10.2017/31.03.2018.

Decorrenza incarichi 01/10/2017 per la durata 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 01/09/2017, **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:

1	Medici iscritti nella graduatoria di Settore Regione Marche vigente alla data di presentazione della domanda - non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in M.G. (norma fin. 9 c. 2 AIR 751/2007	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)

2	Medici in possesso <i>alla data di presentazione della domanda</i> del Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale (art. 15,c.12 – norma trans. 4 ACN/2009) - non iscritti a scuole di specializzazione (norma fin. 9 c. 4 AIR 751/2007)	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
3	Medici in possesso del titolo di abilitazione prima del 31/12/1994 - non iscritti <i>alla data di presentazione della domanda</i> a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in M.G. (norma fin. 9 c. 4 AIR 751/2007)	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
4	Medici in possesso del titolo di abilitazione successivamente alla data del 31/12/1994 (norma finale 5 ACN/2009) - non iscritti <i>alla data di presentazione della domanda</i> a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in M.G. (norma fin. 9 c. 4 AIR 751/2007)	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
5	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)	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

6	Medici iscritti <i>alla data di presentazione della domanda</i> a scuole di specializzazione - non titolari di rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato <i>(norma fin. 9 c. 4 AIR 751/2007)</i>	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
7	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. <i>(norma fin. 9 c. 4 AIR 751/2007)</i>	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

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' Area Vasta n. 2 – Uffici Amministrativi “Medicina Convenzionata” U.O.C. DAT - sede operativa di Ancona – Via Cristoforo Colombo 106 – ANCONA, o a mezzo PEC al seguente indirizzo areavasta2.asur@emarche.it entro e non oltre il 15° giorno successivo alla pubblicazione della determina di approvazione del presente Avviso sull'Albo Pretorio AV2, pena l'esclusione.**

1. Le domande si considereranno prodotte in tempo utile solo se pervenute entro il termine indicato, pertanto verranno escluse 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, sarà attribuita **direttamente in base alla scelta che verrà dichiarata** dagli interessati nell'incontro che si terrà presso l'Area Vasta n. 2 – sede di Ancona .
Nell'ambito della domanda, i medici potranno eventualmente specificare la disponibilità ad effettuare SOSTITUZIONI OCCASIONALI, indicando, in questo caso, le specifiche sedi di interesse.
4. La “graduatoria” derivante dalla presente procedura selettiva verrà pubblicata sui siti internet aziendali, nelle news e nella sezione Convenzioni Nazionali, alla voce “Avvisi”;
Tale graduatoria verrà pubblicata con UN ANTICIPO DI ALCUNI 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.
Tale graduatoria potrà essere utilizzata anche per ulteriori incarichi di sostituzione che si renderanno vacanti nel periodo 1.10.2017/31.3.2018.
5. Unitamente alla graduatoria, sarà pubblicata sui siti aziendali nelle news e nella sezione Convenzioni Nazionali, alla voce “Avvisi” LA DATA, L' ORA, LA SEDE DELL' INCONTRO, IL NUMERO ED IL NOME DEI MEDICI CONVOCATI, PRESSO L' 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.

6. 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 requisiti obbligatori alla data del 30.06.2017.

7. I punteggi assegnabili ai medici posizionati al punto 1 della Norma Finale n. 9 verranno desunti dalla graduatoria annuale regionale di settore del 2017.

Nella valutazione dei titoli si terrà conto solo dei titoli posseduti alla data del 30.6.2017.

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

8. Saranno valutati i servizi svolti fino al 30.6.2017;
9. Non verranno prese in considerazione eventuali dichiarazioni di servizi redatte in forma illeggibile.
10. 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 01.1.2017 al 30.6.2017 .
11. 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.
12. **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.**
13. **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 rinunciarvi, (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.**
14. 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.

15. 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.

16. Si ribadisce che :

- il medico non presente all'incontro sarà considerato rinunciatario 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.
-

Per informazioni di carattere giuridico amministrativo telefonare al n. 071/8705869/72.

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 01/10/2017-31/03/2018.**

**AII'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 01/10/2017, 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
- 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/Sirolo
- Sede di Castelfidardo
- Sede di Loreto
- Aeroporto "Raffaello Sanzio" di Falconara
- Sedi di cui alla DGRM n.139/2016

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 e ss.mm. e ii., dichiara di appartenere alla categoria di cui al punto (barrare la casella che interessa):

- ف 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)
- ف 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)
- ف 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)
- ف 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)
- 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

ALLEGATO A

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

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)

ALLEGATO B**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà**

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

TITOLI DI SERVIZIO ED ATTIVITÀ SVOLTA¹

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 _____	

¹ Allegato da compilarsi esclusivamente se appartenenti alla categoria 4 o 5.

ALLEGATO B

dal |_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_| ASL/medico _____

2.a) Stessa attività di cui al punto precedente effettuata su base oraria:

dal |_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_| ore _____ ASL _____ medico _____
 dal |_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_| ore _____ ASL _____ medico _____

3. Servizio effettivo con incarico ?a tempo indeterminato, ?determinato o ?di sostituzione di continuità assistenziale in forma attiva:

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.

3.a) Servizio effettivo con incarico ?a tempo indeterminato, ?determinato, ?di sostituzione nella medicina dei servizi:

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

ALLEGATO B

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 ? a tempo indeterminato, ? determinato o ? 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 _____

ALLEGATO B

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.

ALLEGATO C

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

(art. 47 DPR n. 445 del 28/12/2000 e ss.mm.ii.)

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 01.10.2017**

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 e ss.mm.ii.,

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)**