

**DETERMINA DEL DIRETTORE DELLA
AREA VASTA N. 3
N. 1385/AV3 DEL 17/10/2013**

Oggetto: EMISSIONE AVVISO PUBBLICO PER LA FORMAZIONE DI APPOSITA GRADUATORIA DA UTILIZZARE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI NELL'AMBITO DEL SERVIZIO DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE PRESSO L'AREA VASTA N.3

**IL DIRETTORE DELLA
AREA VASTA N. 3**

- . . . -

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;

VISTA l'attestazione del Dirigente del Servizio Bilancio e del Servizio Controllo di Gestione;

- D E T E R M I N A -

- **DI EMETTERE** un avviso pubblico finalizzato alla predisposizione di una graduatoria di medici disponibili al conferimento di incarichi provvisori, di n°38 ore settimanali, nel settore dell'Emergenza Sanitaria Territoriale, ai sensi dell'art. 97 dell'ACN/MMG del 29/07/2009;
- **DI APPROVARE** il bando di avviso allegato alla presente determina di cui costituisce parte integrante e sostanziale, redatto secondo i criteri stabiliti nell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale - Rep n. 93/CSR del 29/07/2009, nell'Accordo Integrativo Regionale di cui alla DGRM n. 751 del 02/07/2007;
- **DI STABILIRE** che l'Avviso di cui al punto 1), con termine di scadenza di 15 giorni dalla data di pubblicazione, al fine della massima diffusione sarà pubblicato sul sito internet dell'Area Vasta n.3.
- **DI DARE ATTO** che dalla presente determina, in quanto atto endoprocedimentale, non derivano oneri diretti di spesa, dandosi atto sin da ora la spesa derivante dagli eventuali conferimenti degli incarichi ha l'effettiva disponibilità economica all'interno del budget, per come provvisoriamente assegnato all'Area Vasta con determina ASUR/DG n. 275 del 10/04/2013.
- **DI TRASMETTERE** copia del presente atto al Collegio Sindacale, a norma dell'art. 17 della L.R. 26/96 e s.m. ed alla all'U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale, per il seguito di rispettiva competenza.

**IL DIRETTORE DELL'AREA VASTA N°3
Dr. Enrico Bordoni**

Per il parere infrascritto:

SERVIZIO CONTROLLO DI GESTIONE E SERVIZIO BILANCIO

Si atteso che dalla presente determina non deriva alcuna spesa.

Servizio Controllo di Gestione

Paolo Gubbinelli

Servizio Bilancio

Paolo Gubbinelli

La presente determina consta di n.14 pagine di cui n. 10 pagine di allegati che formano parte integrante della stessa.

- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -

Normativa di riferimento:

- ❑ Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, medici veterinari ed altre professionalità sanitarie – Rep n. 95/CSR del 29/07/2009, rinnovato il 08/07/2010 Rep n. 80/CSR.
- ❑ DGRM n. 751 del 02/07/2007 – “Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con medici di medicina generale in attuazione dell’ACN/2005”.

Motivazione:

Con la ricognizione delle carenze a tempo indeterminato, ai sensi dell’art. 92 dell’A.C.N./MMG, alla data del 01/03/2013, sono stati pubblicati sul BUR Marche n°76 ore settimanali di incarico a tempo indeterminato per l’Emergenza Sanitaria Territoriale (pari a n°2 incarichi), le cui procedure amministrative sono attualmente in corso.

Inoltre presso le POTES dislocate nel Distretto di Civitanova Marche dell’AV3, delle unità attualmente in servizio a tempo indeterminato, un sanitario è stato dichiarato dalla competente commissione medico collegiale “*soggetto permanentemente non idoneo alle attività connesse al servizio di emergenza extraospedaliera (118)*”.

A seguito di tale situazione si è venuta a creare una carenza di personale nel servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale colmata fino ad oggi con il conferimento di tre incarichi provvisori, ai sensi dell’art. 97 dell’A.C.N., che sono prossimi alla scadenza (30/11/2013).

La graduatoria emessa con determina n°36 del 08/11/2011 è stata totalmente esperita, quindi, questo Distretto si trova nella immediata necessità di assicurare la sostituzione per il servizio, al fine di non creare discontinuità nell’assistenza ai cittadini in un settore in cui si prospettano gravi criticità e di predisporre una graduatoria di disponibilità per eventuali ulteriori incarichi provvisori si dovessero prospettare all’interno di questa Area Vasta.

L’Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale, reso esecutivo in data 29/07/2009 e l’Accordo Integrativo Regionale, di cui alla DGRM 751/2007, prevedono la possibilità per le Aziende, in materia di attribuzione di incarichi a tempo determinato nel settore dell’Emergenza Sanitaria Territoriale, di predisporre graduatorie di medici disponibili per incarichi di sostituzione e provvisori.

Infatti, ai sensi dell’art. 97 dell’A.C.N./2009 e all’art. 46, comma 6 dell’A.I.R./2007, l’Azienda può conferire incarichi provvisori per un massimo di 12 mesi per n°38 ore settimanali, secondo l’ordine della graduatoria aziendale di disponibilità di cui all’art. 15, comma 12, e alla norma transitoria n°7 o, in mancanza, della graduatoria regionale di settore vigente, con priorità per i medici residenti nel territorio dell’Azienda.

Per l’anno 2013 è stata pubblicata sul B.U.R. Marche n°118/2012 la graduatoria di settore per l’Emergenza Sanitaria Territoriale comprendente n°465 candidati risultanti per la maggior parte non interessati all’espletamento del servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale in via provvisoria, non risultando, quindi, opportuno, in termini di impegno di spesa, procedere all’interpello previsto di tutti i

candidati, stante anche il fatto che gli interPELLI effettuati nel corso degli anni, difficilmente hanno avuto esito positivo.

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

Si ritiene quindi di emettere un apposito avviso pubblico, allegato al presente atto, quale sua parte integrante e sostanziale, ove sono stabiliti i criteri e i requisiti necessari, finalizzato alla predisposizione di una graduatoria di medici disponibili al conferimento di incarichi provvisori, di n°38 ore settimanali, nel settore dell'Emergenza Sanitaria Territoriale.

Si dichiara che la proposta del provvedimento in oggetto è conforme alle normative ed alle regole procedurali vigenti e che dalla sua adozione non derivano oneri diretti di spesa.

Esito dell'istruttoria:

Tanto premesso, si sottopone al Direttore di Area Vasta n. 3, ai fini della relativa approvazione, il seguente schema di determina:

- **DI EMETTERE** un avviso pubblico finalizzato alla predisposizione di una graduatoria di medici disponibili al conferimento di incarichi provvisori, di n°38 ore settimanali, nel settore dell'Emergenza Sanitaria Territoriale, ai sensi dell'art. 97 dell'ACN/MMG del 29/07/2009;
- **DI APPROVARE** il bando di avviso allegato alla presente determina di cui costituisce parte integrante e sostanziale, redatto secondo i criteri stabiliti nell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale – Rep n. 93/CSR del 29/07/2009, nell'Accordo Integrativo Regionale di cui alla DGRM n. 751 del 02/07/2007;
- **DI STABILIRE** che l'Avviso di cui al punto 1), con termine di scadenza di 15 giorni dalla data di pubblicazione, al fine della massima diffusione sarà pubblicato sul sito internet dell'Area Vasta n.3.
- **DI DARE ATTO** che dalla presente determina, in quanto atto endoprocedimentale, non derivano oneri diretti di spesa, dandosi atto sin da ora la spesa derivante dagli eventuali conferimenti degli incarichi ha l'effettiva disponibilità economica all'interno del budget, per come provvisoriamente assegnato all'Area Vasta con determina ASUR/DG n. 275 del 10/04/2013.
- **DI TRASMETTERE** copia del presente atto:
 - al Collegio Sindacale, a norma dell'art. 17 della L.R. 26/96 e s.m.,
 - all'U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale, per il seguito di rispettiva competenza.

Il Responsabile del Procedimento

Eva Ceccotti

IL RESPONSABILE

Dott.ssa Donatella Uncinetti Rinaldelli

- ALLEGATI -

AVVISO PUBBLICO

PER LA FORMAZIONE DI APPOSITA GRADUATORIA DA UTILIZZARE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI NELL'AMBITO DEL SERVIZIO DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE - 118

SI RENDE NOTO

Che questa Area Vasta ha intenzione di predisporre una graduatoria al fine dell'eventuale di incarichi provvisori per il Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale, per n.38 ore settimanali, presso le postazioni dislocate nell'AV3.

La domanda, redatta secondo il modello che si allega al presente avviso, dovrà **pervenire entro e non oltre le ore 13 del giorno _____, pena l'esclusione dalla stessa.**

Saranno considerate valide solo le domande pervenute al protocollo dell'Area Vasta - a mano o a mezzo raccomandata AR, entro la data indicata (**NON farà fede il timbro postale di partenza**), al seguente indirizzo:

AREA VASTA N°3

**Direzione Amministrativa Dipartimento Servizi Territoriali
Belvedere Raffaello Sanzio n°1 – 62100 Macerata**

I candidati dovranno inviare unitamente alla domanda anche la fotocopia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità.

La graduatoria derivante dalla presente procedura selettiva oltre che sull'Albo Pretorio Aziendale, verrà pubblicata sul sito internet aziendale www.asurzona9.marche.it nelle news.

Tale graduatoria verrà pubblicata con un congruo anticipo 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.

Possono concorrere al conferimento degli incarichi provvisori di Emergenza Sanitaria Territoriale, nel rispetto delle priorità di seguito elencate:

- a) i medici iscritti nella Graduatoria Regionale di settore per l'Emergenza Sanitaria Territoriale della Regione Marche in corso di validità alla data di scadenza del presente bando **ed in possesso dell'attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso previsto ai sensi dell'art. 96 dell'A.C.N.**
- b) i medici non inseriti nella graduatoria nella graduatoria di cui al punto a) **che abbiano conseguito l'attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso previsto ai sensi dell'art. 96 dell'A.C.N.**

La graduatoria sarà predisposta secondo i criteri previsti dall'art. 15, comma 12 e dalla norma transitoria n°7 dell'A.C.N./2009, con priorità per i medici residenti nell'Area Vasta, sarà valida per un anno e comunque fino alla approvazione di una nuova graduatoria.

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.

È fatto obbligo ai medici presenti in graduatoria di comunicare ogni variazione relativa al proprio status (es. ammissione alle scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in MG, conseguimento titolo specializzazione/attestazione di formazione in MG, ecc.), **ai fini della revisione della stessa (retrocessione, avanzamento).**

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.

Si precisa infine che, essendo il Sistema Regionale di Emergenza Urgenza 118 in fase di riorganizzazione, la presente pubblicazione non rappresenta un impegno alla copertura 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 (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°3 si riserva la facoltà di prorogare, modificare, sospendere o revocare il presente avviso, dandone comunicazione agli interessati.

Per ogni eventuale informazione:
Eva Ceccotti ☎ 0733-823475

IL DIRETTORE DI AREA VASTA
Dr. Enrico Bordonì

Area Vasta n°3
U.O.C. Direzione Amministrativa
Territoriale
Belvedere Raffaello Sanzio, 1
62100 MACERATA

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

CHIEDE

Di essere inserito nella graduatoria dei medici disponibili per incarichi a tempo determinato (provvisori e di sostituzione) di questa Area Vasta 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 dai 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

DICHARA

- 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 dei Medici di Medicina Generale della Regione Marche col punteggio di
- di essere/non 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, (indicare data di iscrizione al corso)
- di essere/non essere iscritto a corso di specializzazione: (se si, 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 si, 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

- 1) _____
 2) _____
 3) _____

LIBERA DOCENZA

- 1) _____
 2) _____
 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

- 1) _____
 2) _____
 3) _____

LIBERA DOCENZA

- 1) _____
 2) _____
 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 ____

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