DETERMINA DEL DIRETTORE DELLA
AREA VASTA N. 3
N. 77 DEL 27 GEN. 2016

Oggetto: Emissione avviso pubblico per l'acquisizione di disponibilità al conferimento di incarichi provvisori per l'espletamento di Attività Territoriali Programmate, di cui all'art. 37 AIR/MMG.

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 Responsabile del Bilancio in riferimento al bilancio annuale;

-DETERMINA-

1. **DI EMETTERE** un avviso pubblico, allegato al presente atto, quale parte integrante e sostanziale, al fine del conferimento di incarichi provvisori, ai sensi dell'art. 37 dell'AIR/MMG, per l'espletamento di attività territoriali programmate (assistenza sanitaria).
2. **DI RENDERE NOTO** che la graduatoria derivante dal suddetto avviso pubblico, potrà essere utilizzata per eventuali e futuri altri incarichi di attività sanitaria, che si rendesse necessaria, all'interno di tutti i Distretti dell'AV3.
3. **DI PRENDERE ATTO** che questa Area Vasta si riserva, a suo insindacabile giudizio, la facoltà di modificare la durata degli incarichi, qualora venissero meno le necessità di garantire le suddette attività sanitarie.
4. **DI DARE ATTO** che dalla presente determina, in quanto atto di natura infraprocedimentale, non derivano oneri diretti di spesa, dandosi atto sin da ora che quella prodotta eventualmente con il provvedimento finale, sarà resa coerente ed economicamente compatibile con le con le specifiche previsioni di budget che sarà assegnato per l'anno 2016 all'AV3.
5. **DI DARE ATTO**, inoltre, che la presente determina non è sottoposta a controllo ai sensi dell'art. 4 della L. 412/91 e dell'art. 28 della L.R. 26/96 e s.m.i.

6. **DI TRASMETTERE** copia del 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. 3
Dott. Alessandro Maccioni

Per il parere infrascritto:

SERVIZIO CONTROLLO DI GESTIONE E SERVIZIO BILANCIO:

Si attesta che dalla presente determina non derivano oneri di spesa.

Il Dirigente UOC Controllo di Gestione
Paolo Gubbinelli

Il Dirigente UOC Contabilità e Bilancio
Dr.ssa Lucia Eusebi

La presente determina consta di n. 14 pagine (di cui n. 10 di allegato, facente parte integrante e sostanziale del presente atto).

- 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, 23 marzo 2005 e s.m.i.
- D.G.R.M. 751 del 02/07/2007 Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, in attuazione dell'A.C.N. di categoria.

Motivazione:

l'Accordo Integrativo Regionale, di cui alla DGRM 751/2007 (AIR/MMG), ha normato tramite l'art. 37 l'istituto delle attività territoriali programmate (ex art. 60 del DPR 270/2000), stabilendo i criteri di reclutamento ed i compensi.

Difatti, per lo svolgimento all'interno dei distretti, di alcune attività proprie di "assistenza sanitaria territoriale" (es. medicina fiscale e necroscopica, medicina per stranieri, ecc.), è consentito l'utilizzo di medici di medicina generale, secondo i criteri stabiliti dall'art. 37, comma 1, ai quali conferire incarichi provvisori per la durata massima di anni uno, rinnovabili.

Tali attività sanitarie, connesse al ruolo stesso del Distretto all'interno del territorio di riferimento della ASL, assicurano alla popolazione l'accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie.

Nel corso del tempo, per far fronte a tali necessità istituzionali e stante la carenza di personale medico, dovuta ad un organico sottostimato rispetto alle attuali necessità, compromettendo in tal modo l'attività assistenziale, in un settore altamente nevralgico, quale è il Distretto sanitario, si è fatto ricorso all'impiego di professionisti esterni, reclutati in base all'istituto giuridico sopra menzionato.

L'ultima graduatoria emessa è stata la n. 97/AV3 del 24/01/2012 è a tutt'oggi è totalmente esperita.

Si ritiene, quindi, necessario, dover procedere alla pubblicazione di un avviso pubblico, al fine del conferimento di incarichi provvisori di attività territoriali programmate (attività sanitaria), secondo la procedura di cui all'art. 37 dell'AIR/MMG.

Si dichiara che la proposta del provvedimento in oggetto è conforme alle normative ed alle regole procedurali vigenti e che dalla presente determina, trattandosi di atto infraprocedimentale, non comporta impegno di spesa.

Esito dell'istruttoria:

alla luce di quanto sopra argomentato,

SI PROPONE

- **DI EMETTERE** un avviso pubblico, allegato al presente atto, quale parte integrante e sostanziale, al fine del conferimento di incarichi provvisori, ai sensi dell'art. 37 dell'AIR/MMG, per l'espletamento di attività territoriali programmate (assistenza sanitaria).

- **DI RENDERE NOTO** che la graduatoria derivante dal suddetto avviso pubblico, potrà essere utilizzata per eventuali e futuri altri incarichi di attività sanitaria, che si rendesse necessaria, all'interno di tutti i Distretti dell'AV3.

- **DI PRENDERE ATTO** che questa Area Vasta si riserva, a suo insindacabile giudizio, la facoltà di modificare la durata degli incarichi, qualora venissero meno le necessità di garantire le suddette attività sanitarie.

- **DI DARE ATTO** che dalla presente determina, in quanto atto di natura infraprocedimentale, non derivano oneri diretti di spesa, dandosi atto sin da ora che quella prodotta eventualmente con il provvedimento finale, sarà resa coerente ed economicamente compatibile con le con le specifiche previsioni di budget che sarà assegnato per l'anno 2016 all'AV3.

- **DI DARE ATTO**, inoltre, che la presente determina non è sottoposta a controllo ai sensi dell'art. 4 della L. 412/91 e dell'art. 28 della L.R. 26/96 e s.m.i.

- **DI TRASMETTERE** copia del presente atto al Collegio Sindacale, a norma dell'art. 17 della L.R. 26/96 e s.m.i.

IL DIRIGENTE AMMINISTRATIVO
Dott. Alberto Carelli

Il Responsabile del Procedimento
Dott.ssa Eva Ceccotti

- ALLEGATI -

BANDO DI AVVISO PUBBLICO

U.O.C.: DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE

Via Abruzzo – 62012 Civitanova Marche – ☎0733-823475 – fax 0733-823490
email: av3.territorio@sanita.marche.it

ALLEGATO ALLA DETERMINA DIRIGENZIALE N°.....DEL .....

AVVISO PUBBLICO

PER LA FORMAZIONE DI APPOSITA GRADUATORIA DA UTILIZZARE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI NELL'AMBITO DEL SERVIZIO DI ATTIVITA' TERRITORIALI PROGRAMMATE

SI RENDE NOTO

Che questa Area Vasta n°3 procederà al conferimento di incarichi provvisori annuali (con decorrenza 01/03/2016) per lo svolgimento nei Distretti Territoriali dell'Area Vasta n.3, di attività sanitaria (medicina fiscale e necroscopica, attività presso il punto salute immigrati, oltre ad altre tipologie a seguito delle necessità che dovessero presentarsi nel corso dell'anno).

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 a:
Direzione Amministrativa Territoriale Area Vasta n. 3 – Sede Macerata – ed inoltrate tramite:

- servizio postale - Via Raffaello Sanzio n. 1 - 62100 MACERATA,
- indirizzo P.E.C. areavasta3.asur@emarche.it (in questo caso la domanda dovrà essere inviata direttamente dal soggetto richiedente l'iscrizione in graduatoria),
- presentate direttamente all'Ufficio Protocollo centrale (negli orari di apertura al pubblico).

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, (al protocollo generale della AV3) entro il termine perentorio del giorno

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

Le domande, degli aspiranti agli incarichi, verranno graduate secondo le seguenti priorità:

a) **medici convenzionati <u>esclusivamente</u> per l'assistenza primaria con un numero di scelte inferiore a 400, con precedenza per quello con minor numero di scelte;**

b) **medici convenzionati <u>esclusivamente</u> per la continuità assistenziale per 24 ore di incarico settimanale a tempo indeterminato e ai sensi dell'art. 65 dell'A.C.N. secondo l'anzianità di incarico;**

c) **medici della medicina dei servizi con incarico fino a 24 ore settimanali, con priorità per il medico con minore numero di ore di incarico;**

d) **medici inseriti nella graduatoria regionale (vigente) di cui all'art. 2 del presente accordo.**

In caso di assenza dei medici di cui ai punti precedenti, possono essere utilizzati i medici non iscritti nella graduatoria degli aspiranti al convenzionamento della Regione Marche, graduati ai sensi della Norma Finale n. 9 dell'Accordo Integrativo Regionale (A.I.R.), di cui alla D.G.R.M. 751 del 02/07/2007 e delle decisioni del Comitato Regionale della M.G. approvate con D.G.R.M. n°268 del 09/02/2010, alla quale si fa pieno riferimento per ogni altra informazione, non presente sul bando.

I medici potranno acquisire al massimo il numero di ore previste dall'A.C.N. e comunque di norma non potranno essere superate le 38 ore settimanali, ottenute sommando eventuali altri incarichi ed attività compatibili, ai sensi dell'art. 17 dell'A.C.N./2009.

Non si prenderanno in considerazione domande non redatte secondo il fac-simile allegato, non firmate o non debitamente compilate.

Della graduatoria definitiva e della data di convocazione per il conferimento degli incarichi verrà data adeguata comunicazione agli aspiranti tramite sito web: www.asurzona9.marche.it

L'Area Vasta n°3 si riserva la facoltà di prorogare, modificare, sospendere o revocare il presente avviso, dandone comunicazione agli interessati.

Responsabile del procedimento
Dott.ssa Eva Ceccotti (0733-823475)

IL DIRETTORE AV3
Dott. Alessandro Maccioni

Area Vasta n°3
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 per l'assegnazione di incarichi provvisori per lo svolgimento di **ATTIVITÀ TERRITORIALI PROGRAMMATE**, ai sensi dell'art.37 dell'Accordo Integrativo Regionale (A.I.R.), di cui alla D.G.R.M. 751/2007, presso i Distretto Territoriali dell'Area Vasta n°3.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 nel caso di dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità di far parte della seguente categoria:

☐ **1)** Medici convenzionati esclusivamente per **l'assistenza primaria** con un numero di scelte inferiore a 400;

☐ **2)** Medici convenzionati esclusivamente per la **continuità assistenziale** per 24 ore di incarico settimanale a tempo indeterminato;

☐ **3)** Medici della **medicina dei servizi** con incarico fino a 24 ore settimanali;

☐ **4)** Medici inseriti nella **graduatoria regionale** (vigente) Marche per l'assistenza primaria.

DICHIARA

(compilare correttamente ogni punto):

- di avere/non avere altri incarichi, a qualsiasi titolo *(in caso affermativo specificare il tipo di incarico ed il tetto orario settimanale di attività)*.....

.....

- di non trovarsi in situazioni di incompatibilità ai sensi dell'art. 17 dell'A.C.N./2009.

- 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 MMG della Regione Marche aspiranti al convenzionamento col punteggio di .....

- 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 corso di formazione specifica di medicina generale D.lgs. 256/91: (**indicare data di iscrizione**) ..... regione .....

- di essere/non essere iscritto a corso di Specializzazione: (indicare tipo di corso, anno di iscrizione, durata del corso) ..... dal ..... durata anni..... c/o 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/dottorato di ricerca: (indicare tipo borsa, soggetto erogatore e data inizio) .....

- 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 _____
_____ DAL _____ AL _____
_____ DAL _____ AL _____
_____ 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(*):

Azienda _____ DAL _____ AL _____
Azienda _____ DAL _____ AL _____
Azienda _____ DAL _____ AL _____
Azienda _____ 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

REGIONE MARCHE

Numero	77/AV3
Data	27/01/2016

DETERMINA N. 77/AV3 DEL 27/01/2016

Emissione avviso pubblico per l'acquisizione di disponibilità al conferimento di incarichi provvisori per l'espletamento di Attività Territoriali Programmate, di cui all'art. 37 AIR/MMG.

PUBBLICAZIONE:

dal 27/01/2016 al 10/02/2016

ESECUTIVITA':

- La Determina è stata dichiarata immediatamente esecutiva il 27/01/2016
- La Determina è esecutiva il _____ (dopo il 10° giorno della pubblicazione)

Determina pubblicata sulla Extranet SI [X] NO [ ]

Certificato di pubblicazione

Si attesta che del presente atto è stata disposta la pubblicazione all'Albo Pretorio in data odierna, per quindici giorni consecutivi.

IL FUNZIONARIO INCARICATO

27/01/2016 Stefania Scarponi

Collegio Sindacale: inviata con nota del 27-1-2016

Atto soggetto al controllo della Regione: SI [ ] NO [X]

Inviato con nota n. _____ del _____