U.O.C.: DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE
Belvedere Raffaello Sanzio, 1 – 62100 MACERATA – ☎ 0733-823475, 0733-2572763, 0737-639598)

ALLEGATO ALLA DETERMINA N. _____ DEL _____

AVVISO PUBBLICO

PER LA FORMAZIONE DI APPOSITA GRADUATORIA DA UTILIZZARE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI NELL'AMBITO DEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

SI RENDE NOTO

Che questa Area Vasta procederà al conferimento di incarichi provvisori annuali e trimestrali (eventualmente rinnovabili) nel Servizio di Continuità Assistenziale, per n° 24 ore settimanali, presso i punti di guardia dell'Area Vasta.

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 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** (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 dovranno pervenire, a pena di esclusione, entro il termine perentorio del giorno

.....

(NON FARA' FEDE IL TIMBRO POSTALE)

Il giorno ..... sul sito aziendale all'indirizzo: *http://www.asurzona9.marche.it* (alla voce NEWS) verrà pubblicata la graduatoria provvisoria di merito, nonché la data ed il modo entro cui inviare eventuali osservazioni circa la propria posizione nella stessa.

Sempre sul sito internet www.asurzona.9.marche.it verrà pubblicata la data e l'orario della convocazione per l'attribuzione degli incarichi provvisori.

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

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

La mancata presenza all'incontro dell'interessato nel giorno e nell'ora stabilita equivale a rinuncia, fatta salva l'eventuale presenza di un delegato, allo scopo incaricato dall'interessato con delega espressa

(datata e firmata), accompagnata da autocertificazione informativa (allegato"L") e da un documento di riconoscimento del delegante datato e firmato.

Le domande, degli aspiranti agli incarichi, verranno graduate secondo la 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.

criteri per la redazione della graduatoria per l'attribuzione di incarichi di sostituzione e provvisori di Continuità Assistenziale/Guardia Medica Turistica:

1	Medici iscritti nella Graduatoria Regione Marche C.A. (art.15, c.12 ACN/2009) ▪ Non iscritti a scuole di specializzazione corso di formazione specifica in MG *(norma fin.2 c.2)*	Residenti nell'AV3	Graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale C.A. (art.16 ACN 29/07/2009)
		Residenti nella Regione Marche	Graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale (art. 16 ACN 29/07/2009)
		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 *(norma fin. 2 c. 4)*	Residenti nell'AV3 *(lett. a)*	Graduati secondo: 1. minore età al momento del conseguimento laurea 2. voto di laurea 3. anzianità di laurea
		Residenti nella Regione Marche *(lett. b)*	
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 *(norma fin. 2 c. 4)*	Residenti nell'AV3 *(lett. a)*	Graduati secondo: 1. minore età al momento del conseguimento laurea 2. voto di laurea 3. anzianità di laurea
		Residenti nella Regione Marche *(lett. b)*	
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 *(norma fin. 2 c. 4)*	Residenti nell'AV3 *(lett. a)*	Graduati secondo i criteri previsti dall'art. 16 dell'ACN per la redazione della graduatoria reg.le degli aspiranti al convenzionamento.
		Residenti nella Regione Marche *(lett. b)*	
5a	Medici iscritti al corso di formazione specifica in Medicina Generale ▪ Non titolari di rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato *(norma fin. 2 c. 4)*	Residenti nell'AV3 *(lett. a)*	Graduati secondo: 1. minore età al momento del conseguimento laurea 2. voto di laurea 3. anzianità di laurea
		Residenti nella Regione Marche *(lett. b)*	

5b	Medici iscritti a scuole di specializzazione universitaria ▪ Non titolari di rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato *(norma fin. 2 c. 4)*	Residenti nell'Area Vasta n°3 *(lett. a)* Residenti nella Regione Marche *(lett. b)*	Graduati secondo: 1. minore età al momento del conseguimento laurea 2. voto di laurea 3. anzianità di laurea
6	Medici residenti fuori Regione. ▪ Non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in Medicina Generale *(norma fin. 2 c. 4)*	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

NB: per tutte le categorie sarà data priorità ai medici che non detengono alcun rapporto di lavoro pubblico o privato.

Per quanto riguarda la valutazione dei :

1. **titoli di servizio** previsti dal punto **4** del presente bando si farà riferimento ai punteggi stabiliti dall'art. 16 dell'A.C.N. MMG/2009, precisando che il possesso degli stessi sarà valutato alla data del .....
2. Per i **titoli di studio** il possesso sarà valutato alla scadenza del presente bando.
3. Le attività non espressamente previste nell'art. 16 dell'A.C.N./MMG. non possono e non verranno valutate, così come **non saranno valutate** le attività di servizio eventualmente svolte durante i periodi formativi (art. 16, c.4).
4. 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.

Inoltre, 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:

- i medici, interpellati per il conferimento dell'incarico, che rifiutino l'assegnazione dei turni, verranno d'ufficio cancellati dalla graduatoria.
- al medico che ha accettato turni e che non effettui personalmente gli stessi, sarà revocato l'incarico d'ufficio e cancellato dalla graduatoria.

La eventuale rinuncia all'incarico dovrà essere comunicata per iscritto con un preavviso di 30 giorni.
Ai sensi del comma 9, art. 70 dell'A.C.N./2009, gli incarichi cesseranno comunque al rientro del medico titolare o alla copertura delle carenze.

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.

Per ogni eventuale informazione circa le postazioni i medici potranno rivolgersi ai seguenti uffici:

- 0737-639598 (incarichi per il Distretto di Camerino)
- 0733-823475 (incarichi per il Distretto di Civitanova)
- 0733-2572763 (incarichi per il Distretto di Macerata)

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

IL DIRETTORE dell'Area Vasta n.3
Dott. Alessandro Maccioni

Area Vasta n°3
Direzione Amministrativa Dipartimento
Servizi Territoriali
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 nel Servizio di Continuità Assistenziale, ai sensi dell'art.70 dell'A.C.N., presso l'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 che tutte le notizie sotto-riportate corrispondono al vero e di appartenere alla categoria di cui al punto (barrare la casella che interessa):

☐ **1)** Medici iscritti nella graduatoria Regione Marche (art.15 c.12 A.C.N./2009) – non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in M.G. (norma finale 2 c.2 nuovo A.I.R.)

☐ **2)** Medici in possesso del Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale (art.15 c.12 norma trans.4 A.C.N./2009) – non iscritti a scuole di specializzazione (norma finale 2 c.4 nuovo A.I.R.)

☐ **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 M.G. (norma finale 2 c.4 nuovo A.I.R.)

☐ **4)** Medici in possesso del titolo di abilitazione successivamente alla data del 31/12/1994 (norma fin.5 A.C.N./2009) – non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in M.G. (norma finale 2 c.4 nuovo A.I.R.)

☐ **5 a)** Medici iscritti al corso di formazione specifica in Medicina Generale – non titolari di rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato (norma finale 2 c.4 nuovo A.I.R.)

☐ **5 b)** Medici iscritti a scuole di specializzazione – non titolari di rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato (norma finale 2 c.4 nuovo A.I.R.)

☐ **6)** Medici residenti fuori Regione non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in M.G. – non titolari di rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato (norma finale 2 c.4 nuovo A.I.R.)

DICHIARA

(compilare correttamente ogni punto):

- 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 per la **Continuità Assistenziale** col punteggio di .....
- 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 di ....., (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 _____
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(*):

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 .....