

**DETERMINA DEL DIRETTORE DELLA
AREA VASTA N. 5**

N. 874/AV5 DEL 28/07/2014

Oggetto: Indizione avviso pubblico preordinato alla formazione di una graduatoria per il conferimento di incarichi provvisori, dal 01.10.2014 al 31.03.2015, nell'ambito del Servizio di Continuità Assistenziale/Guardia Medica Turistica dell'AV 5.

**IL DIRETTORE DELLA
AREA VASTA N. 5**

.....

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 f.f. dell'U.O. Economico Finanziaria in riferimento al bilancio annuale di previsione;

- D E T E R M I N A -

1. di indire, per le motivazioni indicate nel documento istruttorio, il pubblico avviso preordinato alla formazione di una graduatoria per il conferimento di incarichi provvisori, dal 01.10.2014 al 31.03.2015, nell'ambito del Servizio di Continuità Assistenziale/Guardia Medica turistica dell'Area Vasta n.5 – Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto;
2. di approvare il bando di avviso allegato al presente provvedimento, quale parte integrante e sostanziale di esso, redatto secondo i criteri stabiliti nell'A.C.N. di categoria, nell'A.I.R. di cui alla D.G.R.M. n.751 del 02.07.2007, nella nota prot. n.50016/S04 della Regione Marche e nella D.G.R.M. n.268 del 09.02.2010;
3. di dare atto che, in relazione a quanto disposto dall'art.34, comma 6 integrato dalla disposizione finale n.9, comma 7 dell'Accordo Integrativo Regionale di cui alla D.G.R.M. n.751 del 02.07.2007, gli incarichi provvisori, oggetto del presente provvedimento, potranno essere conferiti per non più di tre mesi, eventualmente rinnovabili;
4. di precisare che i predetti incarichi potranno cessare anticipatamente, rispetto alla data di scadenza prevista in sede di prima assegnazione, al rientro anticipato del medico titolare dell'incarico a tempo indeterminato o qualora si verifichi il conferimento dell'incarico a tempo indeterminato al medico avente diritto;

5. di dare atto che dall'adozione del presente atto di natura infraprocedimentale, non deriva alcun onere a carico del bilancio corrente esercizio e che, a conclusione del procedimento, la spesa per le conseguenti assunzioni a tempo determinato verrà quantificata con l'atto di conferimento dei relativi incarichi provvisori;
6. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento all'Albo Ufficiale dell'Area Vasta n.5;
7. di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art.17 della L.R. 26/96 e s.m.i.;
8. di dare atto che la presente determina non è sottoposta a controllo ai sensi dell'art.4 della Legge 412/91 e dell'art.28 della L.R. 26/96 e s.m.i.;
9. di dare al presente provvedimento, per le motivazioni indicate nel documento istruttorio, immediata esecutività a norma dell'art.28, comma 6, della L.R. 26/96 e s.m.i..

IL DIRETTORE AREA VASTA N. 5
(Dr. Massimo Del Moro)

La presente determina consta di n.15 pagine di cui n.10 pagine di allegati in forma cartacea che formano parte integrante e sostanziale della stessa.

- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -

Direzione Amministrativa Territoriale – Ascoli Piceno

□ **Normativa e atti di riferimento:**

- Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale del 29.07.2009;
- D.G.R.M. n.751 del 02.07.2007: “Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con medici di medicina generale in attuazione dell’A.C.N. 2005”;
- D.G.R.M. n.268 del 09.02.2010: “D.G.R. n.751/2007 – Norma Finale n.9 – Modifica delle modalità di redazione della graduatoria per le sostituzioni di Continuità Assistenziale”;
- Note ASUR/DG prot. n.22873 del 28.10.2011 e prot. n.25193 del 01.12.2011 “Modalità operative in Area Vasta”.

□ **Motivazione:**

La copertura dei turni nelle postazioni di Continuità Assistenziale è garantita, in relazione alle disposizioni normative vigenti, mediante medici convenzionati a tempo indeterminato.

In presenza di incarichi vacanti o richieste di coperture causate da assenze, guardie aggiuntive o postazioni non coperte da specifiche carenze, al fine di poter assicurare la piena e regolare operatività del servizio, stante il carattere di essenzialità e infungibilità, l’Amministrazione può ricorrere all’assegnazione di incarichi temporanei.

L’art.70, comma 4 dell’A.C.N. per la Medicina Generale del 29.07.2009 prevede, per sostituzioni superiori a nove giorni, il conferimento di incarichi di cui sopra secondo l’ordine della graduatoria aziendale di disponibilità, prevista dall’art.15, comma 12 o in mancanza, della graduatoria regionale di settore vigente, con priorità per i medici residenti nel territorio dell’Azienda.

I criteri per la redazione della suddetta graduatoria, redatta almeno due volte l’anno, sono contemplati nell’A.I.R. di cui alla D.G.R.M. n.751 del 02.07.2007 integrato con la D.G.R.M. n.268 del 09.02.2010;

Per quanto sopra riportato si ritiene necessario procedere alla pubblicazione di un nuovo avviso pubblico preordinato alla formazione di una graduatoria per il conferimento di incarichi provvisori, dal 01.10.2014 al 31.03.2015, nell’ambito del Servizio di Continuità Assistenziale/Guardia Medica Turistica dell’Area Vasta n.5.

Si dichiara che la proposta del presente provvedimento è conforme alle vigenti normative e che dalla sua adozione non derivano oneri diretti di spesa in quanto trattasi di atto di natura infraprocedurale.

Si ritiene, nella considerazione di concludere quanto prima l’iter procedimentale di selezione ed assegnare eventuali incarichi che si renderanno necessari, di dare immediata esecutività al presente provvedimento.

Per quanto sopra esposto:

SI PROPONE

1. di indire, per le motivazioni indicate nel documento istruttorio, il pubblico avviso preordinato alla formazione di una graduatoria per il conferimento di incarichi provvisori, dal 01.10.2014 al 31.03.2015, nell'ambito del Servizio di Continuità Assistenziale/Guardia Medica Turistica dell'Area Vasta n.5 – Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto;
2. di approvare il bando di avviso allegato al presente provvedimento, quale parte integrante e sostanziale di esso, redatto secondo i criteri stabiliti nell'A.C.N. di categoria, nell'A.I.R. di cui alla D.G.R.M. n.751 del 02.07.2007, nella nota prot. n.50016/S04 della Regione Marche e nella D.G.R.M. n.268 del 09.02.2010;
3. di dare atto che, in relazione a quanto disposto dall'art.34, comma 6 integrato dalla disposizione finale n.9, comma 7 dell'Accordo Integrativo Regionale di cui alla D.G.R.M. n.751 del 02.07.2007, gli incarichi provvisori, oggetto del presente provvedimento, potranno essere conferiti per non più di tre mesi, eventualmente rinnovabili;
4. di precisare che i predetti incarichi potranno cessare anticipatamente, rispetto alla data di scadenza prevista in sede di prima assegnazione, al rientro anticipato del medico titolare dell'incarico a tempo indeterminato o qualora si verifichi il conferimento dell'incarico a tempo indeterminato al medico avente diritto;
5. di dare atto che dall'adozione del presente atto di natura infraprocedimentale, non deriva alcun onere a carico del bilancio corrente esercizio e che, a conclusione del procedimento, la spesa per le conseguenti assunzioni a tempo determinato verrà quantificata con l'atto di conferimento dei relativi incarichi provvisori;
6. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento all'Albo Ufficiale dell'Area Vasta n.5;
7. di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art.17 della L.R. 26/96 e s.m.i.;
8. di dare atto che la presente determina non è sottoposta a controllo ai sensi dell'art.4 della Legge 412/91 e dell'art.28 della L.R. 26/96 e s.m.i.;
9. di dare al presente provvedimento, per le motivazioni indicate nel documento istruttorio, immediata esecutività a norma dell'art.28, comma 6, della L.R. 26/96 e s.m.i..

Il Responsabile del Procedimento

(Sig. Antonio Mazzocchi)

Il Dirigente U.O.C. D.A.T.

(Dr.ssa Adriana Compieta)

Visto del Dirigente f.f. UOC Attività Economiche e Finanziarie

Il Dirigente f.f.
UOC Attività Economiche e Finanziarie
(Dr. Pietrino Maurizi)

ALBO PRETORIO

- ALLEGATI -

Allegato: Avviso Pubblico.

Prot. n. _____ del _____

AVVISO PUBBLICO

per la formazione di apposita graduatoria da utilizzare per il conferimento di incarichi provvisori nell'ambito del Servizio di Continuità Assistenziale/Guardia Medica Turistica dell'AREA VASTA n. 5 – Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto.

In esecuzione della Determina n. _____ del _____,

SI RENDE NOTO

che questa Area Vasta procederà al conferimento di incarichi provvisori trimestrali (eventualmente rinnovabili) nel Servizio di Continuità Assistenziale, per n. 24 ore settimanali, presso i punti di Guardia Medica e di Guardia Medica Turistica dell'Area Vasta n. 5 - Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto..

Gli aspiranti interessati dovranno inoltrare apposita domanda, redatta esclusivamente secondo il modello allegato al presente avviso munita della copia fotostatica di un documento di riconoscimento in corso di validità, entro e non oltre il giorno _____ (pena l'esclusione dagli incarichi medesimi), al seguente indirizzo:

ASUR AREA VASTA N. 5
Direzione Amministrativa Territoriale
Settore Convenzione Medici
Via degli Iris
63100 Ascoli Piceno

Saranno considerate valide solo le domande presentate direttamente, in orario di servizio, all'Ufficio Protocollo della Sede Amministrativa dell'Area Vasta n. 5 – Via degli Iris – 63100 Ascoli Piceno, quelle spedite tramite raccomandata con avviso di ricevimento o tramite posta certificata (PEC) all'indirizzo: **areavasta5.asur@emarche.it**

Per quelle inviate a mezzo servizio postale, la data di spedizione sarà comprovata dal timbro e data dell'ufficio postale accettante.

Non saranno comunque ammessi all'avviso i candidati le cui istanze, sebbene spedite entro il termine sopra indicato, perverranno all'Ufficio Protocollo con un ritardo superiore a 5 giorni.

Non verranno prese in considerazione domande non redatte secondo il fac-simile allegato, non firmate e non debitamente compilate, ivi compreso dichiarazioni sostitutive e/o di servizio compilate in modo illeggibile o generico e non firmate.

L'omissione o l'incompletezza dei dati comporteranno la mancata attribuzione dei relativi punteggi.

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. n. 751 del 02.07.2007 integrata con la D.G.R.M. n. 268 del 09.02.2010 come di seguito specificato:

1	Medici iscritti nella graduatoria Regione Marche <i>(art. 15, c. 12 ACN 2009)</i> - non iscritti a scuole di Specializzazione/corso di formazione specifica in M.G. <i>(norma fin.2 c.2)</i>	Residenti nell' Area Vasta n. 5	Graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale (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 <i>(art. 15, c. 12 – norma trans. 4 ACN 2009)</i> - non iscritti a scuole di specializzazione <i>(norma fin.2 c.4)</i>	Residenti nell' Area Vasta n.5 <i>(lett. a)</i>	Graduati secondo: 1. minore età al momento del conseguimento laurea 2. voto di laurea 3. anzianità di laurea
		Residenti nella Regione Marche <i>(lett. b)</i>	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 alla data del 31/12/1994 - non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in Medicina Generale <i>(norma fin.2 c.4)</i>	Residenti nell' Area Vasta n.5 <i>(lett. a)</i>	Graduati secondo: 1. minore età al momento del conseguimento laurea 2. voto di laurea 3. anzianità di laurea
		Residenti nella Regione Marche <i>(lett. b)</i>	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 <i>(norma fin. 5 ACN 2009)</i> - non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in M.G. <i>(norma fin.2 c.4)</i>	Residenti nell' Area Vasta n.5 <i>(lett. a)</i>	Graduati secondo criteri previsti dall' art. 16 dell' ACN per la redazione della graduatoria reg.le degli aspiranti al convenzionamento
		Residenti nella Regione Marche <i>(lett. b)</i>	Graduati secondo criteri previsti dall' art.16 dell' ACN per la redazione della graduatoria reg.le degli aspiranti al convenzionamento

5a	Medici iscritti al corso di formazione specifica in M.G. - non titolari di rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato <i>(norma fin.2 c.4)</i>	Residenti nell'Area Vasta n.5 <i>(lett. a)</i>	Graduati secondo: 1. minore età al momento del conseguimento laurea 2. voto di laurea 3. anzianità di laurea
		Residenti nella Regione Marche <i>(lett. b)</i>	Graduati secondo: 1. minore età al momento del conseguimento laurea 2. voto di laurea 3. anzianità di laurea
5b	Medici iscritti a scuole di specializzazione universitarie - non titolari di rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato <i>(norma fin.2 c.4)</i>	Residenti nell'Area Vasta n.5 <i>(lett. a)</i>	Graduati secondo: 1. minore età al momento del conseguimento laurea 2. voto di laurea 3. anzianità di laurea
		Residenti nella Regione Marche <i>(lett. b)</i>	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 M.G. <i>(norma fin.2 c.4)</i>	Graduati secondo l'ordine sopra utilizzato e con criteri previsti nelle rispettive categorie, con priorità per i residenti nelle Regioni limitrofe.	Non saranno graduati i Medici residenti fuori Regione iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in Medicina Generale

N.B. : Per tutte le categorie verrà data priorità ai medici che non detengono alcun rapporto di lavoro pubblico o privato.

Le attività non previste espressamente nell'art. 16 dell'A.C.N. MMG del 29.07.2009 non possono e non verranno valutate, così come non saranno valutate le attività di servizio eventualmente svolte durante i periodi formativi.

Il possesso dei titoli accademici e di studio sarà valutato alla data di scadenza del presente bando e gli stessi possono essere prodotti con dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000;

Per i titoli di servizio, saranno valutati quelli svolti fino a **tutto il mese antecedente la pubblicazione** del presente Avviso Pubblico e gli stessi possono essere prodotti con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000, ovvero fotocopie semplici unitamente ad una dichiarazione sostitutiva di notorietà con cui si attesta che le stesse sono conformi all'originale.

La graduatoria redatta a seguito della procedura selettiva oggetto del presente bando e ogni altra comunicazione verrà pubblicata, a valere come notifica per gli interessati, sui siti Web dell'Area Vasta n. 5 (<http://asurzona12.marche.it> e <http://asurzona13.marche.it>).

I medici che accetteranno l'incarico saranno tenuti a svolgere i turni assegnati, **pena la decadenza dall'incarico e la cancellazione dalla graduatoria**. Nel caso di temporanea indisponibilità da parte del medico incaricato, l'Amministrazione e/o il Coordinatore di Sede procederà alla redistribuzione dello stesso agli altri medici incaricati.

L'incarico provvisorio cessa alla scadenza o al rientro, anche anticipato, del medico titolare dell'incarico a tempo indeterminato, o a seguito del conferimento di incarico a tempo indeterminato al medico avente diritto. L'eventuale rinuncia all'incarico dovrà essere comunicata per iscritto con un preavviso di 30 giorni.

I medici incaricati, dei quali sia accertata una posizione d'incompatibilità ai sensi dell'art.17 dell'A.C.N vigente, decadranno direttamente dall'incarico e verranno cancellati dalla graduatoria.

Qualora il medico receda dall'incarico prima della scadenza formalizzata, perdurando la carenza dell'incarico, l'Amministrazione ha la facoltà di procedere allo scorrimento della graduatoria.

Per eventuali informazioni e chiarimenti gli interessati potranno rivolgersi al seguente numero tel.: 0736-358056

La Direzione dell'Area Vasta n. 5 si riserva la facoltà di prorogare, modificare, sospendere o revocare il presente avviso, previa comunicazione agli interessati.

Ascoli Piceno, li _____

Il Direttore di Area Vasta n. 5
f.to (dott. Massimo Del Moro)

Il presente bando è stato pubblicato all'Albo Ufficiale dell'Area Vasta n. 5 Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto in data _____ nonché sul sito www.asurareavasta5.marche.it sezionale Ascoli Piceno (<http://asurzona13.marche.it>) oppure San Benedetto del Tronto (<http://asurzona12.marche.it>) – portale intranet. La scadenza per la presentazione della domanda è fissata al _____

Fac-simile di domanda

All'ASUR Marche - Area Vasta n. 5
Direzione Amministrativa Territoriale
Settore Medici Convenzionati
Via Degli Iris
63100 ASCOLI PICENO

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ Prov. (_____)
il ____/____/____ e residente a _____ Prov. (_____)
indirizzo _____ n. _____ CAP _____
Cod. Fiscale: _____ rec. telefonici _____/_____

CHIEDE

Di essere inserito, ai sensi dell'art. 70 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale vigente, nella graduatoria per l'assegnazione di incarichi provvisori nel Servizio di Continuità Assistenziale/Guardia Medica Turistica presso l'Area Vasta n. 5.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, nel caso di dichiarazioni mendaci, dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie di seguito riportate corrispondono al vero e di appartenere alla categoria di cui al punto: **(barrare la casella che interessa)**

- 1) Medici iscritti nella graduatoria di Settore Regione Marche vigente al momento dell'assegnazione degli incarichi (art. 15, c.12 ACN/2009) - non iscritti a scuole di specializzazione/ corso di formazione specifica in M.G. (norma fin.2,c.2 nuovo AIR e s.m.i); **Punti graduatoria _____**;
- 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 nuovo AIR e s.m.i);
- 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 fin.2,c.4 nuovo AIR e s.m.i);
- 4) Medici in possesso del titolo di abilitazione successivamente alla data del 31/12/1994 (norma finale 5 ACN/2009) - non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in M.G. (norma fin.2, c.4 nuovo AIR e s.m.i);
- 5a) Medici iscritti al corso di formazione specifica in M.G. - non titolari di rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato (norma fin.2,c.4 nuovo AIR e s.m.i).
** (Solo medici ammessi al corso mediante concorso e con borsa di studio);*
- 5b) Medici iscritti a scuole di specializzazione - non titolari di rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato (norma fin. 2, c.4 nuovo AIR e s.m.i).
- 6) Medici residenti fuori regione - non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in M.G. con priorità per residenti in regioni limitrofe (norma fin. 9, c.4 nuovo AIR e s.m.i).
** (I medici di questa categoria, per poter essere graduati, devono indicare anche la categoria di appartenenza dei punti precedenti);*

Dichiara inoltre:

di essere / non essere cittadino italiano

se non italiano indicare Stato di provenienza: _____

permesso di soggiorno rilasciato il _____ con scadenza _____

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) del vigente ACN della MG.

Si allegano: mod. A

mod. B (da compilarsi esclusivamente se appartenenti alla Cat. 4)

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 all'interessato per il trattamento dei dati personali

Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'ex D. Lgs 196/03 e successive modifiche, 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 _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art.46 DPR n.445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto Dott. _____, nato a _____, prov. _____, il _____
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi
(art.46 – DPR 445 del 28/12/2000)

dichiara di essere in possesso di:

<u>Diploma di laurea in medicina e chirurgia:</u> conseguito presso l'Università di _____ in data ____/____/____ con voto ____/110 <input type="checkbox"/> Lode
<u>Abilitazione all'esercizio professionale:</u> conseguita presso l'Università di _____ in data ____/____/____
<u>Iscrizione all'Ordine dei Medici:</u> di _____ dal ____/____/____
<u>Specializzazione o Libera Docenza in Medicina Generale o discipline equipollenti:</u> a) _____ conseguita presso l'Università di _____ in data ____/____/____ b) _____ conseguita presso l'Università di _____ in data ____/____/____
<u>Specializzazione o Libera Docenza nelle discipline affini alla medicina generale:</u> a) _____ conseguita presso l'Università di _____ in data ____/____/____ b) _____ conseguita presso l'Università di _____ in data ____/____/____
<u>Attestato di formazione di medicina generale (Dlgs n.256/91, 368/99, 227/03):</u> conseguito in data ____/____/____ presso _____ data inizio corso ____/____/____ data fine corso ____/____/____

data ____/____/____

firma per esteso _____

(non soggetta ad autenticazione)

Modello B

(da compilare solo se appartenenti alla Cat. punto 4)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

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

Il sottoscritto Dott. _____, nato a _____, prov. _____, il _____
 Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi (art.46 –
 DPR 445 del 28/12/2000)

dichiara di essere in possesso dei seguenti 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:

dal ____/____/____ al ____/____/____ ASL/ZONA _____
 dal ____/____/____ al ____/____/____ ASL/ZONA _____
 dal ____/____/____ al ____/____/____ ASL/ZONA _____

- 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:

dal ____/____/____ al ____/____/____ ASL/ZONA _____
 dal ____/____/____ al ____/____/____ ASL/ZONA _____
 dal ____/____/____ al ____/____/____ ASL/ZONA _____
 dal ____/____/____ al ____/____/____ ASL/ZONA _____
 dal ____/____/____ al ____/____/____ ASL/ZONA _____
 dal ____/____/____ al ____/____/____ ASL/ZONA _____

- c) servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o anche a titolo di sostituzione, nei servizi 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 superiore a quello massimo consentito dall'accordo nazionale relativo al settore):

Anno: _____ ASL/ZONA: _____

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: _____ ASL/ZONA: _____

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: _____ ASL/ZONA: _____

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.: Indicare mese per mese il totale delle ore svolte .

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

dal ____/____/____ al ____/____/____ ore _____ ASL/ZONA _____
 dal ____/____/____ al ____/____/____ ore _____ ASL/ZONA _____
 dal ____/____/____ al ____/____/____ ore _____ ASL/ZONA _____
 dal ____/____/____ al ____/____/____ ore _____ ASL/ZONA _____

- 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:

dal ____/____/____ al ____/____/____ ore _____ ASL/ZONA _____
 dal ____/____/____ al ____/____/____ ore _____ ASL/ZONA _____
 dal ____/____/____ al ____/____/____ ore _____ ASL/ZONA _____
 dal ____/____/____ al ____/____/____ ore _____ ASL/ZONA _____

N.B.: Indicare mese per mese il totale delle ore svolte .

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

dal ____/____/____ al ____/____/____ ore _____ ASL/ZONA _____
 dal ____/____/____ al ____/____/____ ore _____ ASL/ZONA _____

N.B.: Indicare mese per mese il totale delle ore svolte .

- 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 di attività ragguagliato a 96 ore di attività:

dal ____/____/____ al ____/____/____ ore _____ ASL/ZONA _____
 dal ____/____/____ al ____/____/____ ore _____ ASL/ZONA _____

N.B.: Indicare mese per mese il totale delle ore svolte .

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

dal ____/____/____ al ____/____/____ ore _____ ASL/ZONA _____
 dal ____/____/____ al ____/____/____ ore _____ ASL/ZONA _____
 dal ____/____/____ al ____/____/____ ore _____ ASL/ZONA _____

- 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:

dal ____/____/____ al ____/____/____ ore _____ ASL/ZONA _____

- f1) servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) anche in qualità di Ufficiale Medico di complemento in concomitanza di incarico conferito dalla Azienda ai sensi del presente Accordo e, comunque, solo per il periodo concomitante con tale incarico: per ciascun mese:

dal ____/____/____ al ____/____/____ ore _____ ASL/ZONA _____

- 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:
dal ___/___/___ al ___/___/___ ASL/ZONA _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ ASL/ZONA _____
- g1) servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina svolto in concomitanza di incarico conferito dalla Azienda ai sensi del presente Accordo e, comunque, solo per il periodo concomitante con tale incarico: per ciascun mese:
dal ___/___/___ al ___/___/___ ASL/ZONA _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ ASL/ZONA _____
- 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 ogni mese di attività:
dal ___/___/___ al ___/___/___ ASL/ZONA _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ ASL/ZONA _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ ASL/ZONA _____
- 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:
dal ___/___/___ al ___/___/___ ASL/ZONA _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ ASL/ZONA _____
- 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:
dal ___/___/___ al ___/___/___ ASL/ZONA _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ ASL/ZONA _____
- 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 di attività:
dal ___/___/___ al ___/___/___ ASL/ZONA _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ ASL/ZONA _____
- 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 ogni mese di attività:
dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

data ___/___/___

firma per esteso _____
(non soggetta ad autenticazione)

Il presente modello è a titolo esemplificativo: ove non fossero sufficienti gli spazi per indicare i servizi svolti, aggiungere ulteriori fogli indicando i punti (lettere) relativi ai servizi da dichiarare.