DETERMINA DEL DIRETTORE DELLA AREA VASTA N. 1
N. 521/AV1 DEL 24/05/2017

Oggetto: APPROVAZIONE AVVISO PUBBLICO PER INCARICHI PROVVISORI DI ATTIVITA' ASSISTENZIALE PER LA COPERTURA MEDICA PRESSO IL MODULO DI RIABILITAZIONE INTENSIVA DEL "PROGETTO GALANTARA", RSA DI MONDAVIO, MONDOLFO ED RSA DISTRETTO DI URBINO

IL DIRETTORE DELLA AREA VASTA N. 1

- . - . -

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 dei Responsabili del Bilancio e del Controllo di Gestione circa la copertura economico/finanziaria del presente atto;

- D E T E R M I N A -

1) di indire un avviso pubblico per il conferimento di incarichi, per la durata massima di 12 mesi, eventualmente rinnovabili ai sensi dell'art. 37, comma 3, dell'AIR per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, per l'espletamento di attività assistenziale per la copertura medica H24 presso il modulo di riabilitazione intensiva del "Progetto Galantara", per l'attività assistenziale presso la RSA di Mondavio, Mondolfo e presso le RSA del Distretto di Urbino;

2) di riservare a questa Area Vasta 1, a suo insindacabile giudizio, la facoltà di modificare la durata degli incarichi, qualora venissero meno le necessità di garantire la suddetta attività, o dovessero pervenire disposizioni nazionali o regionali in merito;

3) di stabilire, che gli incarichi in oggetto saranno attribuiti prioritariamente in base a quanto disciplinato dall' art. 37 dell' Accordo Integrativo Regionale DGRM n. 751 del 02/07/2007 ed in via secondaria sulla base di quanto previsto dalla norma finale 9 del suddetto AIR;

4) di approvare quale parte integrante e sostanziale del presente atto l'allegato avviso pubblico (all.A) e l'allegato fac-simile di domanda (all.B) per il conferimento di incarichi di attività assistenziale per la copertura medica H24 presso il modulo di riabilitazione intensiva del "Progetto Galantara" e per l'attività assistenziale presso la RSA di Mondavio, Mondolfo ed RSA di Urbino, della durata di mesi 12 eventualmente rinnovabili ai sensi dell'art. 37, comma 3, dell'AIR per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale;

5) di dare adeguata pubblicità, mediante pubblicazione sul sito internet di Area Vasta 1 ed invio all'Ordine dei Medici di Pesaro-Urbino, dell'Avviso Pubblico nonché del modulo di domanda per il conferimento degli incarichi di Attività Assistenziale;

6) di attestare che il trattamento economico sarà quello previsto dall'art. 37, comma 7, dell'Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, approvato con Delibera di Giunta Regionale n. 751/ME/SAN del 02.07.2007. Il relativo onere presunto sarà determinato nella delibera di conferimento degli incarichi;

7) di attestare che dalla presente determina non derivano oneri a carico del bilancio Area Vasta 1, come dichiarato dal Responsabile del Procedimento;

8) di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della L.R. 26/96;

9) di dichiarare che il presente atto, non è soggetto al controllo regionale ed è efficace dal giorno della pubblicazione sul sistema attiweb salute albo pretorio informatico, a norma dell'art. 28 della L.R. n.26/96, come sostituto dell'art. 1 della L.R. n. 36/2013

Dr.Giovanni Fiorenzuolo

- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -

U.O.C. GESTIONE AMMINISTRATIVA PERSONALE CONVENZIONATO E STRUTTURE ACCREDIATATE AV1

Normativa di riferimento:

- Accordo Collettivo Nazionale del 29/07/2009 per la disciplina dei rapporti con i Medici Medicina generale, ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. N. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni;
- DGR Marche n. 751 del 29/05/2007 ad oggetto "Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Medicina generale in attuazione dell'ACN sancito con intesa Stato – Regioni n. 2272/2005: presa d'atto e approvazione".

Le recenti modifiche dell'assetto territoriale dei Distretti dell'Area Vasta 1, nonché lo sviluppo degli Ospedali di Comunità e la necessità di implementare le cure primarie, hanno evidenziato la necessità di procedere al conferimento di incarichi provvisori per garantire i servizi sanitari territoriali.

Questi Uffici, ai fini dell'espletamento delle attività assistenziale presso le RSA dell'Area Vasta 1, di Galantara , Mondavio, Mondolfo, Macerata Feltria, Sant'Angelo in Vado e Urbania, hanno quindi provveduto ad affidare i relativi incarichi provvisori, previo espletamento delle procedure di reclutamento di cui all'art. 37 dell'Accordo Integrativo Regionale -DGRM n. 751 del 02/07/07.

Poiché gli incarichi in essere scadranno il prossimo 31 luglio, data la necessità di continuare a garantire il servizio, i Direttori dei Distretti di Fano e Pesaro ed Urbino, hanno manifestato, con note agli atti di questo ufficio, la necessità che vengano nuovamente assegnati gli incarichi in essere.

Per quanto riguarda il Distretto di Pesaro, ed in particolare per la struttura sanitaria di Galantara, questo avviso e la relativa graduatoria saranno utilizzati al fine dell'individuazione di quei medici che presteranno la propria assistenza medica, relativamente ai turni notturni feriali ed ai turni diurni e notturni festivi e prefestivi.

Per i suddetti presupposti di fatto e ragioni giuridiche espresse, si propone:

Il Responsabile dell'istruttoria
Dott.ssa Rossella Cavallo

Il Responsabile del procedimento
Dott.ssa M. Maddalena Cecchi

IL DIRIGENTE DELLA U.O.C. GESTIONE AMM.VA PERSONALE CONVENZIONATO E STRUTT. ACCREDITATE

Il sottoscritto si esprime favorevolmente in ordine alla regolarità tecnica ed in merito al profilo della legittimità del presente provvedimento e ne propone l'adozione al Direttore dell'Area vasta 1.

Dott. Giuseppe Loco

Per il parere infrascritto:

RAGIONERIA, BILANCIO E CONTROLLO DI GESTIONE:

Si prende atto di quanto dichiarato dal responsabile del procedimento e si attesta che dal presente atto non deriva alcun impegno di spesa per questa Area Vasta.

.

Il Responsabile del Controllo di Gestione
Dott.ssa Anna Olivetti

Il responsabile del Bilancio
Dott.ssa Laura Cardinali

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

- ALLEGATI -

1) Avviso pubblico per il conferimento degli incarichi di Attività Assistenziale (all.A).
2) Domanda per il conferimento degli incarichi (all.B).

Allegato A

AVVISO PUBBLICO

PER LA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA DA UTILIZZARE PER IL CONFERIMENTO DEGLI INCARICHI PROVVISORI DI ATTIVITA' ASSISTENZIALE PER LA COPERTURA MEDICA PRESSO IL MODULO DI RIABILITAZIONE INTENSIVA DEL "PROGETTO GALANTARA", RSA MONDAVIO, MONDOLFO ED RSA DISTRETTO DI URBINO (MACERATA FELTRIA, SANT'ANGELO IN VADO, URBANIA)

SI RENDE NOTO

che questa Area Vasta 1 procederà al conferimento di incarichi a tempo determinato, per la durata di 12 mesi, eventualmente rinnovabili ai sensi dell'art. 37 del Nuovo AIR, per l'espletamento di Attività Assistenziale presso il modulo di riabilitazione intensiva del "Progetto Galantara", relativamente ai turni notturni feriali ed ai turni diurni e notturni festivi e prefestivi, e per l'attività assistenziale presso la RSA di Mondavio, Mondolfo e le RSA del Distretto di URBINO;

I medici interessati saranno graduati secondo i seguenti criteri:

a) Medici convenzionati esclusivamente per l'assistenza primaria con un numero di scelte inferiori a 400, con precedenza per quello con minor numero di scelte;
b) Medici convenzionati esclusivamente per la continuità assistenziale con 24 ore di incarico settimanale a tempo indeterminato, 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 del settore Assistenza Primaria, di cui all'art.2 dell'AIR

In caso di assenza dei medici di cui ai punti precedenti, possono essere utilizzati i medici, graduati secondo i seguenti criteri:

1	**- MEDICI GRADUATI AI SENSI DELLA NORMA TRANSITORIA 4 DELL'A.C.N. 2009**	Ai medici che abbiano conseguito l'attestato di formazione specifica in M.G. nella Regione interessata, successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale è consentita l'attribuzione di incarichi di sostituzione e provvisori di medicina generale .	Graduati secondo: 1)Minore età al momento del conseguimento del diploma di laurea. 2)Voto di laurea. 3)Anzianità di laurea.

2	**- MEDICI ISCRITTI NELLA GRADUATORIA DI SETTORE DELLA REGIONE MARCHE (art. 15 c. 12 A.C.N. 2009)** **- NON ISCRITTI A SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE/CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN M.G. (norma fin. 9 c. 2 nuovo A.I.R.)**	**A)** RESIDENTI NELLA AREA VASTA 1	Graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale (art.16 A.C.N. MMG del 29.07.2009).
		B)RESIDENTI NELLA REGIONE MARCHE	Graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale (art.16 A.C.N. MMG del 29.07.2009).
		C) RESIDENTI FUORI REGIONE	Graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale (art.16 A.C.N. MMG del 29.07.2009).
3	**-MEDICI IN POSSESSO DEL TITOLO DI ABILITAZIONE ALLA DATA DEL 31/12/1994 (norma fin. 5 A.C.N. /2005).** **- NON ISCRITTI A SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE/CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN M.G.(norma fin.9 c.4 nuovo A.I.R.)**	**A)**RESIDENTI NELLA AREA VASTA 1.	Graduati secondo: 1)Minore età al momento del conseguimento del diploma di laurea. 2)Voto di laurea. 3)Anzianità di laurea.
		B)RESIDENTI NELLA REGIONE MARCHE	Graduati secondo: 1)Minore età al momento del conseguimento del diploma di laurea. 2)Voto di laurea. 3)Anzianità di laurea.
4	**-MEDICI IN POSSESSO DEL TITOLO DI ABILITAZIONE SUCCESSIVAMENTE ALLA DATA DEL 31/12/1994 (norma fin. 5 A.C.N. /2005).** **- NON ISCRITTI A SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE/CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN M.G.(norma fin.9 c.4 nuovo A.I.R.)**	**A)**RESIDENTI NELLA AREA VASTA 1.	Graduati secondo i criteri previsti dall'art.16 dell'A.C.N./2009 per la redazione della graduatoria regionale degli aspiranti al convenzionamento.
		B)RESIDENTI NELLA REGIONE MARCHE.	Graduati secondo i criteri previsti dall'art.16 dell'A.C.N./2009 per la redazione della graduatoria regionale degli aspiranti al convenzionamento.
5	**- MEDICI RESIDENTI FUORI REGIONE** **- NON ISCRITTI A SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE/CORSO FORMAZIONE SPECIFICA IN M.G. (norma fin. 9 c.4)**	Graduati secondo l'ordine sopra utilizzato e con i criteri previsti nelle rispettive categorie, con priorità per i residenti delle Regioni limitrofe.	

N.B. Per quanto riguarda la valutazione dei titoli di studio o di servizio, si farà riferimento ai punteggi stabiliti dall'art. 16 dell'A.C.N. M.M.G. del 29.07.2009, inoltre, ai fini del calcolo dei punteggi relativi ai titoli di servizio, tutte le frazioni del mese dell'anno sono sommate.

L'eventuale residuo pari ad una frazione superiore a 15 giorni è valutato come mese intero.

I titoli di servizio non sono cumulabili se riferiti ad attività svolte nello stesso periodo. In tal caso è valutato il titolo che comporta il punteggio più alto. Le attività di servizio eventualmente svolte durante i periodi formativi non sono valutabili.

Non sono valutabili attività che non siano espressamente previste ed elencate nel modulo di domanda allegato al presente avviso.

A parità di punteggio complessivo, prevalgono, nell'ordine, la minore età al conseguimento del Diploma di Laurea, il voto di Laurea e anzianità di Laurea.

Gli aspiranti dovranno presentare domanda redatta in carta semplice, secondo il modello che si allega al presente avviso, a pena di nullità, consegnandola direttamente all'Ufficio protocollo o inviandola con raccomandata a/r, o a mezzo pec al seguente indirizzo **areavasta1.asur@emarche.it** entro e non oltre il 15 °giorno successivo alla pubblicazione della Determina di approvazione del presente avviso sull'albo pretorio di AV1, pena l'esclusione dagli incarichi medesimi, al seguente indirizzo:

A.S.U.R. – AREA VASTA N. 1
UFFICIO GESTIONE MEDICI CONVENZIONATI MEDICINA GENERALE
VIA CECCARINI, 38 - 61032 FANO (PU)

Per quelle inviate tramite posta farà fede il timbro postale di spedizione e comunque non saranno inserite in graduatoria le domande che, seppur spedite in tempo utile, non perverranno all'Ufficio protocollo AV1 entro 10 gg. dalla data di scadenza dell'avviso stesso.

Le domande consegnate a mano dovranno essere presentate direttamente all'Ufficio Protocollo di Via Ceccarini, 38 – FANO PU

Non si prenderanno in considerazione domande non redatte secondo il fac-simile allegato, non firmate, non debitamente compilate e/o fatte pervenire a mezzo fax.

I candidati dovranno inviare, insieme alla domanda, anche la fotocopia di un valido documento di riconoscimento ed eventualmente copia del permesso di soggiorno o di qualsiasi altro documento valido dal quale si possa accertare la regolare presenza in Italia del candidato.

La convocazione per l'assegnazione degli incarichi avverrà ad personam esclusivamente a mezzo e-mail.

Per ulteriori informazioni telefonare:
07211932577 – 0721/1932305, Dr.ssa Cecchi M. Maddalena e Dr.ssa Cavallo Rossella.

La Area Vasta 1 si riserva la facoltà di prorogare, modificare, sospendere o revocare il presente avviso, dandone comunicazione, agli interessati, tramite il sito internet dell'Area Vasta 1.

IL DIRETTORE AREA VASTA 1
Dr.Giovanni Fiorenzuolo

Allegato B

DOMANDA PER LA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA DA UTILIZZARE PER IL CONFERIMENTO DEGLI INCARICHI PROVVISORI DI ATTIVITA' ASSISTENZIALE PER LA COPERTURA MEDICA PRESSO IL MODULO DI RIABILITAZIONE INTENSIVA DEL "PROGETTO GALANTARA", RSA MONDAVIO, MONDOLFO ED RSA DISTRETTO DI URBINO (MACERATA FELTRIA, SANT'ANGELO IN VADO, URBANIA)

AL DIRETTORE DI AREA VASTA 1
VIA CECCARINI, 38
61032 FANO (PU)

Il/La sottoscritto/a Dott. _____

chiede di essere inserito nella graduatoria per il conferimento di incarichi provvisori per l'espletamento di Attività Assistenziale presso il modulo di riabilitazione intensiva del "Progetto Galantara", relativamente ai turni notturni feriali ed ai turni diurni e notturni festivi e prefestivi e per l'attività assistenziale presso la RSA di Mondavio, Mondolfo e le RSA del Distretto di Urbino ed a tal fine , **consapevole delle sanzioni penali, previste dall'art. 76 del DPR 445 del 28/12/2000 anche per i reati di "falsità in atti" e "uso di atto falso",** dichiara sotto la propria personale responsabilità di appartenere ad una delle seguenti categorie:

Il sottoscritto /a specifica l'eventuale titolarità delle seguenti convenzioni a tempo indeterminato:

- **convenzione per l'assistenza primaria c/o_____n. assistiti_____alla data del 15/05/2017;**
- **convenzione per la continuità assistenziale c/o _____ a n. ore sett. _____ dal _____;**
- **convenzione nella medicina dei servizi c/o _____ a n. ore sett. _____dal _____;**
- **Medici inseriti nella Graduatoria Regione Marche della Medicina generale per l'Assistenza Primaria valevole per l'anno 2017 con punti_____;**

In caso di assenza dei medici di cui ai punti precedenti, possono essere utilizzati i medici graduati secondo i seguenti criteri:

- ❑ 1) Medici di cui alla norma transitoria 4 dell'A.C.N. 2009, ovvero ai medici che abbiano conseguito l'attestato di formazione specifica in Medicina Generale, successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria Regione Marche.
- ❑ 2) Medici iscritta nella graduatoria di settore (medicina dei servizi) della Regione Marche (art. 15 c. 12 A.C.N. 2009), non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in M.G. (norma fin. 9 c. 2 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 9 c.4).
- 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 9 c.4).
- 5) Medici residenti fuori Regione – non iscritti a scuole di specializzazione/corso formazione specifica in M.G. (norma fin 9 c.4)

Dichiara altresì:

– di essere nato/a a _____ in data _____;

di risiedere a _____(____) CAP_____Regione_____

in via _____ n. _____

telefono_____;e-mail (obbligatoria)_____

codice fiscale_____

– di essersi laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli studi di_____

in data _____(giorno/mese/anno)con votazione _____;

– di essersi abilitato alla professione in data _____;

– di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi-Odontoiatri di _____

al n°_____;

– di essere/non essere inserito nella graduatoria definitiva della Regione_____ dei Medici di

Medicina generale, tuttora vigente, con punti _____;

– di essere/non essere in possesso dell'attestato in formazione specifica di medicina generale di cui al D.Lgs. 256/91 conseguito in data _____ presso _____;

- Di avere/non avere tutt'ora in corso, rapporti di lavoro pubblici/privati_____
se si, indicare il tipo di rapporto_____ n. ore sett.li_____
periodo dal _____ al _____/o - datore di
lavoro_____;

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 e 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 (D.M.10/03/1983 e succ.mod. tab.B): per ciascuna specializzazione o libera docenza:

SPECIALIZZAZIONE **LIBERA DOCENZA**

1)_____ **1)_____**

b)Specializzazione o libera docenza in discipline affini a quella di medicina generale ai sensi delle vigenti disposizioni (D.M.10/03/1983 e succ.mod. tab.B): per ciascuna specializzazione o libera docenza:

SPECIALIZZAZIONE **LIBERA DOCENZA**

1)_____ **1)_____**

- ❑ **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. 77/2003.**

II - Titoli di servizio (valutati fino al 30/06/2016) – <u>SPECIFICARE LE ORE DI SERVIZIO RESE MENSILMENTE (per ogni attività svolta ai punti sottoindicati)</u>

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:

U.S.L./Z.T._____DAL_____AL_____
U.S.L./Z.T._____DAL_____AL_____
U.S.L./Z.T._____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:**

U.S.L./Z.T._____DAL_____AL_____
U.S.L./Z.T._____DAL_____AL_____
U.S.L./Z.T._____DAL_____AL_____
U.S.L./Z.T._____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):

U.S.L./Z.T._____DAL_____AL_____TOT.ORE_____
U.S.L./Z.T._____DAL_____AL_____TOT.ORE_____
U.S.L./Z.T._____DAL_____AL_____TOT.ORE_____
U.S.L./Z.T._____DAL_____AL_____TOT.ORE_____
U.S.L./Z.T._____DAL_____AL_____TOT.ORE_____

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

U.S.L./Z.T._____DAL_____AL_____
U.S.L./Z.T._____DAL_____AL_____
U.S.L./Z.T._____DAL_____AL_____
U.S.L./Z.T._____DAL_____AL_____

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:**

U.S.L./Z.T._____DAL_____AL_____TOT.ORE_____
U.S.L./Z.T._____DAL_____AL_____TOT.ORE_____
U.S.L./Z.T._____DAL_____AL_____TOT.ORE_____

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

U.S.L./Z.T._____DAL_____AL_____TOT.ORE_____
U.S.L./Z.T._____DAL_____AL_____TOT.ORE_____
U.S.L./Z.T._____DAL_____AL_____TOT.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:**

U.S.L./Z.T._____DAL_____AL_____TOT.ORE_____
U.S.L./Z.T._____DAL_____AL_____TOT.ORE_____
U.S.L./Z.T._____DAL_____AL_____TOT.ORE_____

e)Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende: **per ciascun mese complessivo:**

U.S.L./Z.T._____DAL_____AL_____
U.S.L./Z.T._____DAL_____AL_____
U.S.L./Z.T._____DAL_____AL_____

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:**
U.S.L./Z.T._____DAL_____AL_____
U.S.L./Z.T._____DAL_____AL_____

f1)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 ed in concomitanza di incarico, anche provvisorio, di medicina generale e limitatamente al periodo di concomitanza: per ciascun mese:
U.S.L./Z.T._____DAL_____AL_____
U.S.L./Z.T._____DAL_____AL_____

g)Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina e chirurgia: per ciascun mese:
U.S.L./Z.T._____DAL_____AL_____
U.S.L./Z.T._____DAL_____AL_____

g1)Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto in concomitanza di incarico ai sensi dell'A.C.N. MMG 23.03.2005: per ciascun mese:
U.S.L./Z.T._____DAL_____AL_____
U.S.L./Z.T._____DAL_____AL_____

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:
U.S.L./Z.T._____DAL_____AL_____
U.S.L./Z.T._____DAL_____AL_____
U.S.L./Z.T._____DAL_____AL_____
U.S.L./Z.T._____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:
U.S.L./Z.T._____DAL_____AL_____
U.S.L./Z.T._____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:
U.S.L./Z.T._____DAL_____AL_____
U.S.L./Z.T._____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:
U.S.L./Z.T._____DAL_____AL_____
U.S.L./Z.T._____DAL_____AL_____

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:

U.S.L./Z.T._____DAL_____AL_____
U.S.L./Z.T._____DAL_____AL_____

Dichiara, inoltre:

- DI NON TROVARSI IN POSIZIONE DI INCOMPATIBILITÀ AI SENSI DELL'ART.17, COMMA 1, LETTERE B)-C)-D)-E) E COMMA 2, LETTERE A)-B)-C)-D)-F).

– per comunicazioni inviare a _____via_____

città_____prov._____CAP_____ tel._____

cellulare _____

E-MAIL (OBBLIGATORIA) _____;

Si allega copia documento d'identità.
Si allega(se non cittadino italiano) copia del permesso di soggiorno o di qualsiasi altro documento valido dal quale si possa accertare la regolare presenza in Italia del candidato.

Luogo e data_____ **In fede_____**

Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali

Dichiaro, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al 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.

Luogo e data_____ **In fede_____**