

**DETERMINA DEL DIRETTORE DELLA
AREA VASTA N. 1
N. 446/AV1 DEL 11/04/2018**

Oggetto: Pubblicazione AVVISO PUBBLICO per conferimento incarichi provvisori di Emergenza Sanitaria Territoriale (118) su tutta l'Area Vasta 1 anni 2018/2019.

**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 del Dirigente / Responsabile della Ragioneria / Bilancio in riferimento al bilancio annuale di previsione;

- D E T E R M I N A -

- 1) di approvare e pubblicare l'AVVISO PUBBLICO, e relativo modulo di domanda, che si allegano quali parti integranti e sostanziali del presente atto, per la formulazione di una graduatoria, valevole a decorrere dal 01/07/2018 al 30/06/2019, per il conferimento di incarichi provvisori e/o di sostituzione presso le POTES di questa Area Vasta 1;
- 2) di stabilire che la scadenza per la presentazione delle domande è prevista trascorsi n. 15 giorni da quello successivo alla pubblicazione del presente atto sull'albo pretorio AV1 (sistema attiweb) e che dovrà essere data adeguata pubblicità dello stesso, mediante invio all'Ordine dei Medici e pubblicazione sul sito internet della Area Vasta 1
- 3) di stabilire che:
 - a) ai sensi dell'ACN Medici di Medicina Generale del 29/07/2009, l'incarico cessa in ogni caso alla scadenza o a seguito del conferimento di incarico a tempo indeterminato;
 - b) le assegnazioni alle Potes sono provvisorie e potranno essere modificate dalla Area Vasta n. 1 in caso di necessità organizzative,
 - c) il trattamento economico e normativo è quello previsto dall'ACN, AIR ed accordi aziendali eventualmente vigenti;
 - d) il recesso del medico è possibile con un preavviso scritto di almeno 30 giorni;
- 4) di attestare che dalla presente determina non deriva alcun onere a carico della Area Vasta 1 e che la spesa sarà quantificata con successivi provvedimenti al momento dell'attribuzione degli incarichi;

- 5) di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della LR 26/96;

- 6) 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 -

UOC GESTIONE AMMINISTRATIVA PERSONALE CONVENZIONATO E STRUTTURE ACCREDITATE
Normativa :

- ✓ art. 15, comma 12 dell'ACN mmg del 29/07/2009;
- ✓ art. 97 dell'ACN Medici di Medicina Generale del 29/07/2009;
- ✓ art. 46 comma 6 dell'AIR DGRM n. 751/2007;
- ✓ norme transitorie n. 4 e n. 7 dell'ACN Medici di Medicina Generale del 29/07/2009

Il servizio di Emergenza sanitaria territoriale all'interno dell'Area Vasta 1 è attualmente organizzato su Potes dislocate presso i tre Distretti afferenti alla stessa.

Il servizio EST si trova in una situazione di carenza di organico dovuta al ricollocamento di alcuni medici addetti ad altre mansioni per motivi di salute, al verificarsi di malattie, infortuni e assenze per maternità.

Inoltre, nonostante la pubblicazione periodica delle carenze ordinarie, non è sempre stato possibile ricoprire tutte le titolarità richieste.

Per tali motivi, è stato necessario ricorrere al conferimento incarichi professionali a vario titolo, al fine di garantire la continuità delle prestazioni sanitarie in oggetto.

Con Determina n 648 del 20/06/2017, era stata approvata la graduatoria per il conferimento degli incarichi per il periodo dal 01/07/2017 al 30/06/2018. Tenuto conto che la suddetta graduatoria risulta già da tempo esaurita e che gli incarichi conferiti sulla base della stessa sono in scadenza, si rende necessario procedere all'emissione di un nuovo avviso pubblico, tenuto conto che l'ACN mmg del 29/07/2009 e l'AIR DGRM 751/2007, prevedono la possibilità per le Aziende sanitarie di predisporre graduatorie aziendali per il conferimento di incarichi provvisori e/o di sostituzione per il settore *de quo*.

L'art. 97 del citato ACN e l'art. 46 del citato AIR, dispongono che l'Azienda possa conferire incarichi provvisori per un massimo di 12 mesi, secondo l'ordine della graduatoria aziendale di disponibilità, redatta secondo i criteri di cui all'art. 16 dell'ACN mmg ed al combinato disposto delle norme transitorie n. 4 e n. 7 dell'ACN.

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

- 1) di approvare e pubblicare l' AVVISIO PUBBLICO, e relativo modulo di domanda, che si allegano quali parti integranti e sostanziali del presente atto, per la formulazione di una graduatoria, valevole a decorrere dal 01/07/2018 al 30/06/2019, per il conferimento di incarichi provvisori e/o di sostituzione presso le POTES di questa Area Vasta 1;
- 2) di stabilire che la scadenza per la presentazione delle domande è prevista trascorsi n. 15 giorni da quello successivo alla pubblicazione del presente atto sull'albo pretorio AV1 (sistema attiweb) e che dovrà essere data adeguata pubblicità dello stesso, mediante invio all'Ordine dei Medici e pubblicazione sul sito internet della Area Vasta 1
- 3) di stabilire che:
 - a. ai sensi dell'ACN Medici di Medicina Generale del 29/07/2009, l'incarico cessa in ogni caso alla scadenza o a seguito del conferimento di incarico a tempo indeterminato;

- b. le assegnazioni alle Potes sono provvisorie e potranno essere modificate dalla Area Vasta n. 1 in caso di necessità organizzative,
 - c. il trattamento economico e normativo è quello previsto dall'ACN, AIR ed accordi aziendali eventualmente vigenti;
 - d. il recesso del medico è possibile con un preavviso scritto di almeno 30 giorni;
- 4) di attestare che dalla presente determina non deriva alcun onere a carico della Area Vasta 1 e che la spesa sarà quantificata con successivi provvedimenti al momento dell'attribuzione degli incarichi;
- 5) di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della LR 26/96;
- 6) 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;

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 STRUTTURE 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 attesta che dal presente atto non derivano oneri economici a carico del bilancio dell'Area Vasta 1, come dichiarato dal responsabile del procedimento.

Il Responsabile Controllo di Gestione
Dr.ssa Olivetti Anna

Il Responsabile del Bilancio
Dr.ssa Cardinali Laura

La presente determina consta di n. 15 pagine di cui n. 11 pagine di allegati che formano parte integrante della stessa.

- ALLEGATI -

1. AVVISO PUBBLICO
2. MODULO DI DOMANDA

AVVISO PUBBLICO

PER LA PREDISPOSIZIONE DI UNA GRADUATORIA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI E/O DI SOSTITUZIONE, FINO AD UN MASSIMO DI MESI 12, RELATIVI ALL'ESPLETAMENTO DEL SERVIZIO DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE PRESSO LE POTES DELL'AREA VASTA N. 1, A DECORRERE DAL 01/07/2018.

SI RENDE NOTO

che la l'Area Vasta n. 1 intende conferire incarichi provvisori e di sostituzione nel Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale, ai sensi dell'art. 97 dell'A.C.N..

Possono concorrere, i medici in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'Emergenza Sanitaria Territoriale, rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso previsto ai sensi dell'art. 96 dell'A.C.N., con priorità per i medici iscritti nella Graduatoria Regionale definitiva della Regione Marche dei medici aspiranti al convenzionamento nell'ambito della Medicina Generale settore Emergenza sanitaria territoriale, valevole per l'anno 2018.

La graduatoria che seguirà il presente avviso sarà formulata sulla base dei criteri di cui all'art. 97, e combinato disposto delle norme transitoria n.7 dell'A.C.N. MMG del 23.03.2005, ed art. 46 comma 6 dell'Accordo Integrativo Regionale n. 751/2007 .

1	Medici iscritti nella graduatoria Regione Marche di settore (art. 15, c. 12 ACN/2009), ■ Non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in M.G.	A) Residenti nell'Area Vasta n. 1	Graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale (art. 16 ACN 29/07/2009)
		B) Residenti nella Regione Marche	Graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale (art. 16 ACN 29/07/2009)
		C) Residenti fuori Regione	Graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale (art. 16 ACN 29/07/2009)
2	Medici in possesso dell'Attestato di formazione specifica in Medicina Generale (art.15, e-norme trans. 4 e 7 ACN/2009). Non iscritti a scuole di specializzazione	A) Residenti nell'Area Vasta n. 1	Graduati secondo: 1. minore età al momento del conseguimento laurea 2. voto di laurea 3. anzianità di laurea
		B) Residenti nella Regione Marche	
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	A) Residenti nell'Area Vasta n.1	Graduati secondo: 1. minore età al momento del conseguimento laurea 2. voto di laurea 3. anzianità di laurea
		B) Residenti nella Regione Marche	

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	A) Residenti nell'Area Vasta n. 1	Graduati secondo i criteri previsti dall'art. 16 dell'ACN per la redazione della graduatoria reg.le degli aspiranti al convenzionamento.
		B) Residenti nella Regione Marche	
5	Medici residenti fuori Regione. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in Medicina Generale 	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

N.B.: Per tutte le categorie sarà data priorità ai medici che non detengono alcun rapporto di lavoro PUBBLICO O PRIVATO e che non siano titolari di BORSE DI STUDIO anche inerenti a corsi di specializzazione.

L'incarico avrà durata da stabilirsi di volta in volta in base alle necessità organizzative del servizio e comunque non potrà superare i 12 mesi (dodici) e cesserà al momento del conferimento dello stesso incarico a tempo indeterminato.

I medici che accettano l'incarico potranno essere destinati in qualunque POTES della Area Vasta 1 (Pesaro, Urbino, Fano) ed avranno comunque la possibilità di scegliere la sede nel rispetto dello scorrimento della graduatoria, sede che potrà comunque essere sempre modificata in caso di necessità organizzative. La partecipazione al presente avviso comporta l'accettazione di tutte le disposizioni in esso contemplate.

Per quanto riguarda la valutazione dei titoli di studio e di servizio previsti al punto **4 del presente bando si farà riferimento ai punteggi stabiliti dall'art.16 dell'A.C.N. MMG del 29.07.2009;**

Per il punteggio relativo ai titoli di servizio, si procederà alla valutazione delle AUTOCERTIFICAZIONI prodotte dai medici tenendo conto della data del 31/03/2018.

E' FATTO D'OBBLIGO UTILIZZARE L'ALLEGATO MODULO DI DOMANDA CORREDATO DI FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'.

Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere.

Si specifica inoltre che:

1) ai fini del calcolo dei punteggi relativi ai titoli di servizio tutte le frazioni di mese dell'anno sono sommate. L'eventuale residuo pari ad una frazione superiore a 15 giorni è valutato come mese intero;

2) relativamente al servizio di ex guardia medica e continuità assistenziale, alla medicina dei servizi e alla emergenza sanitaria territoriale, per frazione di mese da valutare come mese intero si intende un numero complessivo di ore di attività superiore a 48;

3) 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.

Non sono valutabili attività che non siano espressamente previste ed elencate dall' art.16 A.C.N. MMG così come non saranno valutate le attività di servizio eventualmente svolte durante i periodi formativi.

Non saranno inoltre valutate le informazioni che non siano state fornite a questa amministrazione in forma dettagliata e/o leggibile.

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, inviandola con raccomandata a/r, o a mezzo pec inviandola 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 CONVENZIONI CON I MEDICI DI 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.

Per ulteriori informazioni telefonare:

0721/1932577 – 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, in tutto o in parte, il presente avviso, dandone comunicazione, agli interessati, tramite i siti internet, dell'Area Vasta 1.

Il Direttore Area Vasta n. 1
Dr. Giovanni Fiorenzuolo

DOMANDA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI E/O DI SOSTITUZIONE NEL SERVIZIO DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE PRESSO LA AREA VASTA 1 – 2018/2019

AL DIRETTORE DI AV1
VIA CECCARINI, 38
61032 FANO (PU)

Il/La sottoscritto/a Dott. _____

chiede di essere inserito nella graduatoria per il conferimento di incarichi provvisori e/o di sostituzione nel servizio di Emergenza Sanitaria territoriale, della durata da definirsi di volta in volta in base alle necessità organizzative, presso l'Area Vasta n. 1 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 alla categoria di cui al punto:

- 1) Medici iscritti nella graduatoria Regione Marche – settore Emergenza territoriale (art 15 ACN mmg 2009) in possesso dell'attestato di idoneità allo svolgimento di attività di emergenza sanitaria territoriale (Art 96 - ACN mmg 2009) - (non iscritti a scuole di specializzazione/formazione specifica/formazione in M.G.);
- 2) Medici in possesso dell'attestato di Formazione in Medicina Generale (art 15 ACN mmg 2009) - (non iscritti a scuole di specializzazione.)
- 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 (compilare correttamente ogni punto):

- di essere nato/a a _____ in data _____;
di risiedere a _____ Cap. _____ Regione _____ in via _____ n. _____
cittadinanza _____ (se non italiana) stato di provenienza _____ permesso
di soggiorno rilasciato il _____ scadenza _____ tel. _____ cell. _____;
e-mail__ (obbligatoria) _____
- 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 _____ il _____ al
n° _____;
- di essere/non essere inserito nella graduatoria definitiva della Regione _____ del
settore Emergenza sanitaria territoriale ora 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 _____;
- Codice Fiscale _____;
- **In possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio Emergenza territoriale rilasciato da (indicare
Ente) _____ il _____**

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 lode o 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) _____
2) _____1) _____
2) _____**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) _____
2) _____1) _____
2) _____

- 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.**

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:

(inserire la data di inizio e di fine attività) _____ Regione _____

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 ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT _____

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 _____

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 _____	Luglio	dal _____ al _____
Febbraio	dal _____ al _____	Agosto	dal _____ al _____
Marzo	dal _____ al _____	Settembre	dal _____ al _____

Aprile	dal _____ al _____	Ottobre	dal _____ al _____
Maggio	dal _____ al _____	Novembre	dal _____ al _____
Giugno	dal _____ al _____	Dicembre	dal _____ al _____

Anno:.....Azienda Sanitaria Locale.....

Gennaio	dal _____ al _____	Luglio	dal _____ al _____
Febbraio	dal _____ al _____	Agosto	dal _____ al _____
Marzo	dal _____ al _____	Settembre	dal _____ al _____
Aprile	dal _____ al _____	Ottobre	dal _____ al _____
Maggio	dal _____ al _____	Novembre	dal _____ al _____
Giugno	dal _____ al _____	Dicembre	dal _____ al _____

Anno:.....Azienda Sanitaria Locale.....

Gennaio	dal _____ al _____	Luglio	dal _____ al _____
Febbraio	dal _____ al _____	Agosto	dal _____ al _____
Marzo	dal _____ al _____	Settembre	dal _____ al _____
Aprile	dal _____ al _____	Ottobre	dal _____ al _____
Maggio	dal _____ al _____	Novembre	dal _____ al _____
Giugno	dal _____ al _____	Dicembre	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:

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 _____

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 _____	Luglio	dal _____ al _____
Febbraio	dal _____ al _____	Agosto	dal _____ al _____
Marzo	dal _____ al _____	Settembre	dal _____ al _____
Aprile	dal _____ al _____	Ottobre	dal _____ al _____
Maggio	dal _____ al _____	Novembre	dal _____ al _____

Giugno dal _____ al _____ Dicembre dal _____ al _____

Anno:.....Azienda Sanitaria Locale.....

Gennaio	dal _____ al _____	Luglio	dal _____ al _____
Febbraio	dal _____ al _____	Agosto	dal _____ al _____
Marzo	dal _____ al _____	Settembre	dal _____ al _____
Aprile	dal _____ al _____	Ottobre	dal _____ al _____
Maggio	dal _____ al _____	Novembre	dal _____ al _____
Giugno	dal _____ al _____	Dicembre	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:

dal __/__/__ al __/__/__ presso _____ Regione _____

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 __/__/__ presso _____ Regione _____
dal __/__/__ al __/__/__ presso _____ Regione _____

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:

dal __/__/__ al __/__/__ per gg _____ presso la ASL / ZT _____
dal __/__/__ al __/__/__ per gg _____ presso la ASL / ZT _____

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 __/__/__ per gg _____ presso la ASL / ZT _____
dal __/__/__ al __/__/__ per gg _____ presso la ASL / ZT _____

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:

Anno:.....Azienda Sanitaria Locale.....

Gennaio	dal _____ al _____	Luglio	dal _____ al _____
Febbraio	dal _____ al _____	Agosto	dal _____ al _____
Marzo	dal _____ al _____	Settembre	dal _____ al _____
Aprile	dal _____ al _____	Ottobre	dal _____ al _____
Maggio	dal _____ al _____	Novembre	dal _____ al _____
Giugno	dal _____ al _____	Dicembre	dal _____ al _____

Anno:.....Azienda Sanitaria Locale.....

Gennaio	dal _____ al _____	Luglio	dal _____ al _____
Febbraio	dal _____ al _____	Agosto	dal _____ al _____
Marzo	dal _____ al _____	Settembre	dal _____ al _____
Aprile	dal _____ al _____	Ottobre	dal _____ al _____
Maggio	dal _____ al _____	Novembre	dal _____ al _____

Giugno dal _____ al _____ Dicembre 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:

dal __/__/__ al __/__/__ per gg _____ presso la ASL / ZT _____

dal __/__/__ al __/__/__ per gg _____ presso la ASL / ZT _____

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:

dal __/__/__ al __/__/__ per gg _____ presso _____

dal __/__/__ al __/__/__ per gg _____ presso _____

- per comunicazioni inviare a:

_____ via _____ N. _____

cap _____ Comune _____ prov. _____ n. tel. _____

E MAIL _____;

Luogo e data _____

Firma per esteso _____

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.

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 _____

Firma per esteso _____