

**DETERMINA DEL DIRETTORE DELLA
AREA VASTA N. 1
N. 744/AV1 DEL 12/06/2018**

**Oggetto: INDIZIONE AVVISO PUBBLICO PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI
PROVVISORI DI ATTIVITA' TERRITORIALI PROGRAMMATE PRESSO I DISTRETTI
DELL' AV1 ANNO 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 del Bilancio in riferimento al bilancio annuale di previsione;

- D E T E R M I N A -

- 1) di indire un avviso pubblico, allegato quale parte integrante e sostanziale del presente atto, per il conferimento di incarichi, per la durata 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 territoriali programmate (Attività Distrettuale, Medicina necroscopica e igiene cimiteriale, Terapie infusive) presso i Distretti dell'Area Vasta 1;
- 2) di rendere noto che, la graduatoria derivante dal suddetto avviso pubblico, potrà essere comunque utilizzata per eventuali e futuri incarichi di AP, che si rendessero vacanti presso questa AV1;
- 3) di prendere atto che questa Sede di Area Vasta si riserva, a suo insindacabile giudizio, la facoltà di modificare la durata degli incarichi, qualora venissero meno le necessità di garantire le suddette attività;
- 4) di stabilire, che gli incarichi in oggetto saranno attribuiti prioritariamente in base a quanto disciplinato dall' art. 37 dell' Accordo Integrativo Regionale (AIR) DGRM n. 751 del 02/07/2007 ed in via secondaria sulla base di quanto previsto dalla norma finale 9 del suddetto AIR;
- 5) di precisare 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;
- 6) di attestare che dalla presente determina non deriva alcun onere a carico della Area vasta 1, come dichiarato dal responsabile del procedimento e che lo stesso sarà determinato con provvedimento di conferimento degli incarichi;

- 7) di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale ASUR;
- 8) 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 ACCREDITATE AV1

Normativa di riferimento:

- Accordo Collettivo Nazionale del 29/07/2009 per la disciplina dei rapporti con i Medici pediatri di Libera scelta, ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. N. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni;
- DGR Marche n. 1399 del 07/09/2009 ad oggetto "Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Pediatri
- di Libera scelta in attuazione dell'ACN sancito con intesa Stato - Regioni n. 2396 - 15/12/2005: presa d'atto e approvazione".
- deliberazione n. 352 del Commissario Straordinario ZT3 01.12.2003 con la quale si stabilisce di attivare un ambulatorio di medicina di base per stranieri temporaneamente presenti(STP) come stabilito nel Piano sanitario 2003/2005 "Un'alleanza per la Salute " che prevede l'assistenza alla popolazione immigrata ;

Le modifiche intervenute sull'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.

Questa Area Vasta 1, al fine di garantire le attività in oggetto, ha 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, il Responsabile della Medicina Legale AV1, Dr. Paolo Marchionni, con nota del 30/05/2018, ha reso noto il fabbisogno per lo svolgimento dell'attività di medicina necroscopica e igiene cimiteriale per l'Area Vasta 1.

Il dr. Guidi, con nota prot. ID 798483/11/05/2018/F-DISFA, ha comunicato il fabbisogno orario settimanale dell'attività di terapia marziale e dell'attività di S.T.P. per il Distretto di Fano.

La Dr.ssa Mombello con nota agli atti di questo ufficio ha chiesto il rinnovo degli incarichi di attività distrettuale per il Distretto di Pesaro ed il dr. Magnoni, per il Distretto di Urbino, ha manifestato la necessità di continuare a garantire l'attività dell'ambulatorio STP.

Si precisa che la presente Determina non comporta oneri a carico del bilancio di Area Vasta 1.

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

- 1) di indire un avviso pubblico, allegato quale parte integrante e sostanziale del presente atto, per il conferimento di incarichi, per la durata 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 territoriali programmate (Attività Distrettuale, Medicina necroscopica e igiene cimiteriale, Terapie infusive) presso i Distretti dell'Area Vasta 1;
- 2) di rendere noto che, la graduatoria derivante dal suddetto avviso pubblico, potrà essere comunque utilizzata per eventuali e futuri incarichi di AP, che si rendessero vacanti presso questa AV1;
- 3) di prendere atto che questa Sede di Area Vasta si riserva, a suo insindacabile giudizio, la facoltà di modificare la durata degli incarichi, qualora venissero meno le necessità di garantire le suddette attività;
- 4) di stabilire, che gli incarichi in oggetto saranno attribuiti prioritariamente in base a quanto disciplinato dall' art. 37 dell' Accordo Integrativo Regionale (AIR) DGRM n. 751 del 02/07/2007 ed in via secondaria sulla base di quanto previsto dalla norma finale 9 del suddetto AIR;
- 5) di precisare 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;

- 6) di attestare che dalla presente determina non deriva alcun onere a carico della Area vasta 1, come dichiarato dal responsabile del procedimento e che lo stesso sarà determinato con provvedimento di conferimento degli incarichi;
- 7) di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale ASUR;
- 8) 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 sostituito 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 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 nel servizio di Attività Territoriali (all.A).
- 2) Domanda per il conferimento degli incarichi (all. B)



AVVISO PUBBLICO

PER LA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA DA UTILIZZARE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO, PER LA DURATA DI 12 MESI, EVENTUALMENTE RINNOVABILI, PER L'ESPLETAMENTO DI ATTIVITA' TERRITORIALI PROGRAMMATE IN AREA VASTA 1 (MEDICINA NECROSCOPICA E IGIENE CIMITERIALE - ATTIVITA' DISTRETTUALE - TERAPIA INFUSIVA - AMBULATORIO STP)

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 Territoriali Programmate, nei Distretti dell'Area Vasta 1.

Si rende noto altresì che la graduatoria derivante dal presente avviso potrà essere utilizzata per eventuali e futuri incarichi di attività programmata che si rendessero vacanti presso questa Area Vasta 1.

I medici interessati saranno graduati secondo i seguenti criteri:

- Medici convenzionati esclusivamente per l'assistenza primaria con un numero di scelte inferiori a 400, con precedenza per quello con minor numero di scelte;
- Medici convenzionati esclusivamente per la continuità assistenziale con 24 ore di incarico settimanale a tempo indeterminato e ai sensi dell'art. 65 dell'ACN secondo l'anzianità di incarico;
- Medici della medicina dei servizi con incarico fino a 24 ore settimanali, con priorità per il medico con minore numero di ore di incarico;
- Medici inseriti nella Graduatoria Regione Marche per l'assistenza primaria.

In caso di assenza dei medici di cui ai punti precedenti, possono essere utilizzati i medici non iscritti nella graduatoria degli aspiranti al convenzionamento della Regione Marche graduati 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 (MEDICINA DEI SERVIZI) DELLA REGIONE MARCHE	A) RESIDENTI NELLA AREA VASTA CHE DOVRA' CONFERIRE L'INCARICO	Graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale (art.16 A.C.N. MMG del 29.07.2009).

	(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.)	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 CHE DOVRA' CONFERIRE L'INCARICO.	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 CHE DOVRA' CONFERIRE L'INCARICO.	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.
		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.
		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.
5	- MEDICI RESIDENTI FUORI REGIONE - NON ISCRITTI A SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE/CORSO DI 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.	

I requisiti richiesti per l'inserimento nella graduatoria in oggetto, debbono essere maturati al momento della scadenza del presente avviso ed i titoli di servizio saranno valutati alla data del 31/05/2017.

La presente graduatoria sarà valedole per il periodo dal 01/08/2018 al 31/07/2019 e di conseguenza gli incarichi, qualunque sia la data di decorrenza, non potranno andare oltre la vigenza della graduatoria stessa.

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 e non adeguatamente autocertificate.

A parità di punteggio complessivo, prevalgono, nell'ordine, la minore età, 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 10 °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 8 gg. dalla data di scadenza dell'avviso stesso.

Si precisa che gli incarichi suddetti sono disciplinati dall'art. 37 del nuovo AIR , che al comma 7 prevede, inoltre, che al medico incaricato spetta un compenso orario pari a quello stabilito per l'esercizio dell'attività di Continuità Assistenziale.

Questa Amministrazione si riserva, a suo insindacabile giudizio, la facoltà di modificare la durata degli incarichi qualora venissero meno le necessità di garantire le suddette attività.

I medici saranno convocati tramite e-mail presso la sede dell'Area Vasta 1, per il conferimento dell'incarico, Qualora i medici non si presentino o rifiutino l'incarico proposto, verranno d'ufficio cancellati dalla graduatoria.

Anche gli interpellati, successivi alla convocazione di cui al punto sopra, al fine dell'accettazione dell'incarico, saranno effettuati tramite e-mail. A tal fine il medico è tenuto a dichiarare obbligatoriamente il proprio indirizzo di posta elettronica.

I medici potranno acquisire al massimo il numero di ore previste dall'A.C.N. MMG del 29.07.2009, e comunque di norma non potranno essere superate le 38 ore settimanali, ottenute sommando i servizi ovunque prestati, in assenza di altre attività compatibili ai sensi dell'A.C.N. MMG del 29.07.2009.

La partecipazione al presente avviso comporta l'accettazione di tutte le disposizioni in esso contemplate.

IL DIRETTORE DI AREA VASTA
Dr. Giovanni Fiorenzuolo

DOMANDA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO PER LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' TERRITORIALI PROGRAMMATE IN AREA VASTA 1 (MEDICINA NECROSCOPICA E IGIENE CIMITERIALE, ATTIVITA' DISTRETTUALI, TERAPIE INFUSIVE, AMBULATORIO STP)

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 lo svolgimento di Attività Territoriali Programmate presso la l'Area Vasta 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 (indicare con una crocetta):

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 15/05/2018;
- 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 2018 con punti _____;

Il sottoscritto/a dichiara di non appartenere ad alcuno dei punti sopra indicati, e sotto la propria personale responsabilità dichiara di appartenere ad una delle seguenti categorie:

- 1) Medici graduati ai sensi della norma transitoria 4 dell'ACN mmg 2009 (medici che abbiano acquisito l'attestato di formazione specifica in MG ma non ancora inseriti in Graduatoria Regione Marche vigente);
- 2) Medici iscritti nella graduatoria Regione Marche del settore Medicina dei servizi - non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in M.G;
- 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;
- 4) Medici in possesso del titolo di abilitazione successivamente alla data del 31/12/1994 - non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in M.G.
- 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 _____ (____) Regione _____ in via _____ n. ____
telefono _____ e mail _____
- 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 inserito nella Graduatoria Regione Marche della Medicina dei Servizi valevole per l'anno 2014 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 essere/non essere iscritto a corso di formazione specifica di medicina generale di cui al D.Lgs. 256/91
(se sì, indicare anno di iscriz.) _____;
- di essere/non essere iscritto a scuola di specializzazione di cui al D.Lgs. 257/91
(se sì, indicare anno di iscriz.) _____;
- di essere/non essere iscritto a dottorato di ricerca e di cui a Legge n. 240 del 30/12/2010
(se sì, indicare quale e l'anno di iscriz.) _____;
- Di avere/non avere tutt'ora in corso, rapporti di lavoro pubblici/privati; se sì, indicare il tipo di
rapporto _____ n. ore sett.li _____
periodo dal _____ al _____ c/o - datore di
lavoro _____;

CODICE FISCALE _____

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) _____
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 (obbligatoria) _____;

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 _____

—