

**DETERMINA DEL DIRETTORE DELLA  
AREA VASTA N. 1  
N. 1253/AV1 DEL 23/10/2018**

**Oggetto: INDIZIONE AVVISO PUBBLICO PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROVVISORI DI ATTIVITA' TERRITORIALI PROGRAMMATE (ASSISTENZA SANITARIA) PRESSO LA CASA CIRCONDARIALE DI PESARO E LA CASA DI RECLUSIONE DI FOSSOMBRONE**

**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 territoriale programmata (Assistenza Sanitaria) presso la Casa Circondariale di Pesaro e la Casa di Reclusione di Fossombrone;
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 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 attestare che dalla presente determina non derivano oneri a carico del bilancio di Area Vasta;

6. 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 e che il relativo onere presunto sarà determinato con successivo provvedimento di conferimento degli incarichi;
7. di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale ASUR;
8. di dichiarare 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. Romeo Magnoni*

**- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -**

**UOC GESTIONE AMMINISTRATIVA PERSONALE CONVENZIONATO E STRUTTURE ACCREDITATE**

**Normativa di riferimento:** Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale – Norma Transitoria 4; Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale – art. 37.

Il Responsabile della Sanità Penitenziaria AV1, Dr. Pierluigi Fraternali ha comunicato, in data 16/10/2018, con nota acquisita agli atti di questo ufficio, la necessità di garantire, anche per l'anno 2019, l'assistenza sanitaria presso la Casa Circondariale di Pesaro e la Casa di Reclusione di Fossombrone, in attesa che la Regione detti le linee guida in materia di riorganizzazione del sistema sanitario carcerario.

A tal fine, il Dr. Fraternali ha chiesto di provvedere alla pubblicazione di un avviso pubblico per l'individuazione dei sanitari ai quali affidare i suddetti incarichi, alle medesime condizioni di quelli conferiti per l'anno in corso.

Dato che gli incarichi in essere scadranno il prossimo 31 dicembre e vista la possibilità di ricorrere all'art. 37 dell' Accordo Integrativo Regionale, approvato con DGR n. 751 del 02/07/07, che prevede la possibilità di conferire incarichi per un anno per lo svolgimento di attività territoriali programmate, si concorda di procedere alla pubblicazione di un avviso per il conferimento degli incarichi in oggetto, alle stesse condizioni di quelli dell'anno in corso.

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 territoriale programmata (Assistenza Sanitaria) presso la Casa Circondariale di Pesaro e la Casa di Reclusione di Fossombrone;
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 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 attestare che dalla presente determina non derivano oneri a carico del bilancio di Area Vasta;

6. 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 e che il relativo onere presunto sarà determinato con successivo provvedimento di conferimento degli incarichi;
7. di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale ASUR;
8. di dichiarare 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. 16 pagine di cui n. 12 pagine di allegati che formano parte integrante della stessa.

**- ALLEGATI -**

- 1) Avviso pubblico per il conferimento degli incarichi nel servizio di A.T.P. (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 (ASSISTENZA SANITARIA) PRESSO LA CASA CIRCONDARIALE DI PESARO E LA CASA DI RECLUSIONE DI FOSSOMBRONE.**

### 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 Territoriale Programmata (Assistenza sanitaria) presso la Casa Circondariale di Pesaro e la Casa di Reclusione di Fossombrone.

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 (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 CHE DOVRA' CONFERIRE L'INCARICO	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 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.

La presente graduatoria sarà valevole per il periodo dal 01/01/2019 al 31/12/2019 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 secondo il modello che si allega al presente avviso, entro e non oltre il 10° giorno successivo alla pubblicazione della Determina di approvazione del presente avviso sull'albo pretorio dell'AV1, pena l'esclusione dagli incarichi medesimi, per posta raccomandata, al seguente indirizzo:

**A.S.U.R. – AREA VASTA 1 –  
UOC GESTIONE AMMINISTRATIVA PERSONALE CONVENZIONATO E STRUTTURE ACCREDITATE  
VIA CECCARINI, 38 - 61032 FANO (PU)**

- tramite PEC al seguente indirizzo: [areavasta1.asur@emarche.it](mailto:areavasta1.asur@emarche.it)

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 convocati tramite e-mail presso la sede dell'Area Vasta 1, per il conferimento dell'incarico, dovranno necessariamente, pena la decadenza dal diritto all'assegnazione dello stesso, essere presenti. Non è data facoltà di delega. Qualora i medici non si presentino o rifiutino l'incarico proposto, verranno d'ufficio cancellati dalla graduatoria. Successivamente all'individuazione degli aventi titolo, la Direzione Sanità Penitenziaria si riserva di effettuare un colloquio individuale

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. Romeo Magnoni



DOMANDA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO PER LO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' TERRITORIALI PROGRAMMATE (ASSISTENZA SANITARIA) PRESSO LA CASA CIRCONDARIALE DI PESARO E LA CASA DI RECLUSIONE DI FOSSOMBRONE.

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 15/09/2018;
- 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;
- 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 \_\_\_\_\_ (cap \_\_\_\_\_) Regione \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_

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 inserito nella Graduatoria Regione Marche della Medicina dei Servizi valevole per l'anno 2018 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 o a corso di specializzazione di cui al D.Lgs. 257/91:  
(se sì, indicare tipo di corso e anno di iscriz.) \_\_\_\_\_;

## 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 \_\_\_\_\_;

*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* \_\_\_\_\_