



## AVVISO PUBBLICO

**PER LA FORMAZIONE DI UNA GRADUATORIA DA UTILIZZARE PER IL CONFERIMENTO DI N° 21 INCARICHI PROVVISORI A 24 ORE SETTIMANALI PER L'ESPLETAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA AI TURISTI PRESSO LE POSTAZIONI DELL'AREA VASTA N. 2 PER LA STAGIONE ESTIVA ANNO 2015 – PERIODO 15 GIUGNO 2015 – 15 SETTEMBRE 2015**

### **SI RENDE NOTO**

che presso questa Area Vasta, in esecuzione della determina n° 501/AV2 del 10/04/2015 viene attivato in applicazione dell'A.C.N. 29 luglio 2009 e dell'A.I.R. di cui alla DGRM n. 751 del 2 luglio 2007, come modificata dalla DGRM n. 268 del 09 febbraio 2010, un servizio di assistenza sanitaria ai turisti per la stagione estiva 2015 – periodo 15 giugno 2015 – 15 settembre 2015.

L'avviso è finalizzato al conferimento di n. 21 incarichi provvisori, per n. 24 ore settimanali cadauno nel Servizio di Guardia Medico Turistica, da espletarsi presso le sedi operative e secondo i termini temporali e le modalità organizzative appresso indicati:

- **n. 6 incarichi della durata di 3 mesi presso la sede di Senigallia:**

**decorrenza dal 15/06/2015 al 15/09/2015;**

orario di servizio:

**dal 15 giugno al 30 giugno:**

servizio ambulatoriale: dalle 9,30 alle 13,30;  
servizio domiciliare: dalle 14,30 alle 18,30

**dal 01 luglio al 31 agosto:**

servizio ambulatoriale: dalle 9,30 alle 13,30 e dalle 15,30 alle 19,30  
servizio domiciliare: dalle 9,00 alle 13,00 e dalle 14,30 alle 18,30

**dal 01 settembre al 15 settembre:**

servizio ambulatoriale: dalle 9,30 alle 13,30;  
servizio domiciliare: dalle 14,30 alle 18,30

- **n. 10 incarichi della durata di 2 mesi e 15 giorni presso le seguenti postazioni:**

**7 incarichi presso il COMUNE DI SIROLO**

(postazione recapito Croce Azzurra):

decorrenza dal 01/07/2015 al 15/09/2015;

orario di servizio:

dal 01/07/2015 al 31/08/2015 dalle ore 08,00 alle ore 20,00 e dalle ore 20,00 alle ore 08,00

dal 01/09/2015 al 15/09/2015 dalle ore 10,00 alle ore 20,00

**3 incarichi presso il COMUNE DI NUMANA**

(postazione di Marcelli):

decorrenza dal 15/06/2015 al 31/08/2015;

orario di servizio: dalle ore 10,00 alle ore 20,00

o **n. 5 incarichi della durata di 2 mesi presso le seguenti postazioni:**

**2 incarichi presso il COMUNE DI MONTEMARCIANO**

(postazione Lungomare Marina di Montemarciano):

decorrenza dal 01/07/2015 al 31/08/2015;

orario di servizio: dalle ore 10,00 alle ore 18,00

**3 incarichi presso il COMUNE DI ANCONA**

(postazione di Portonovo):

decorrenza dal 01/07/2015 al 31/08/2015;

orario di servizio: dalle ore 09,00 alle ore 19,00;

Gli interessati, ai sensi dell' A.I.R. di cui alla DGRM n. 751 del 2 luglio 2007, come modificata dalla DGRM n. 268 del 09 febbraio 2010, verranno graduati come segue:

|   |  |                                |   |
|---|--|--------------------------------|---|
| 1 | <b>Medici iscritti nella graduatoria Regione Marche</b><br><b>(art. 15, c. 12 )</b><br><b>- non titolari di borse di studio inerenti a scuole di Specializzazione o corso di formazione specifica in M.G.</b><br>(norma fin.9, D.G.R.M. n. 268 del 09/02/2010) | Residenti nell'Area Vasta n. 2 | Graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale (art. 16 ACN 29/07/2009). |
|   |  | Residenti nella Regione Marche | Graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale (art. 16 ACN 29/07/2009). |
|   |  | Residenti fuori Regione        | Graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale (art. 16 ACN 29/07/2009). |

|   |   |                                |  |
|---|---|--------------------------------|--|
| 2 | <b>Medici in possesso del Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale</b><br>(art. 15, c. 12 – norma trans. 4)<br>- non titolari di borse di studio inerenti a scuole di Specializzazione<br>(norma fin.9, D.G.R.M. n. 268 del 09/02/2010) | Residenti nell'Area Vasta n. 2 | Graduati secondo:<br>1. minore età al momento del conseguimento di laurea<br>2. voto di laurea<br>3. anzianità di laurea |
|   |   | Residenti nella Regione Marche | Graduati secondo:<br>1. minore età al momento del conseguimento di laurea<br>2. voto di laurea<br>3. anzianità di laurea |

|   |   |                                |  |
|---|---|--------------------------------|--|
| 3 | <b>Medici in possesso del titolo di abilitazione alla data del 31/12/1994</b><br>- non titolari di borse di studio inerenti a scuole di Specializzazione o corso di formazione specifica in M.G.<br>(norma fin.9, D.G.R.M. n. 268 del 09/02/2010) | Residenti nell'Area Vasta n. 2 | Graduati secondo:<br>1. minore età al momento del conseguimento di laurea<br>2. voto di laurea<br>3. anzianità di laurea |
|   |   | Residenti nella Regione Marche | Graduati secondo:<br>1. minore età al momento del conseguimento di laurea<br>2. voto di laurea<br>3. anzianità di laurea |

|   |  |                                |   |
|---|--|--------------------------------|---|
| 4 | <b>Medici in possesso del titolo di abilitazione successivamente alla data del 31/12/1994</b><br>(norma fin. 5)<br>- non titolari di borse di studio inerenti a scuole di Specializzazione o corso di formazione specifica in M.G.<br>(norma fin.9, D.G.R.M. n. 268 del 09/02/2010) o <b>iscritti in sovrannumero al corso di formazione specifica in M.G.</b> | Residenti nell'Area Vasta n. 2 | Graduati secondo criteri previsti dall'art. 16 dell'ACN per la redazione della graduatoria reg.le degli aspiranti al convenzionamento (norma fin. 5 – verbale errata corrige SISAC del 9 giugno 2005) |
|   |  | Residenti nella Regione Marche | Graduati secondo criteri previsti dall'art.16 dell'ACN per la redazione della graduatoria reg.le degli aspiranti al convenzionamento (norma fin. 5 – verbale errata corrige SISAC del 9 giugno 2005)  |

|        |  |   |  |
|--------|--|---|--|
| 5<br>a | <b>Medici titolari di borsa di studio inerente a corso di formazione specifica in M.G.</b>   | Residenti nell'Area Vasta n. 2  | Graduati secondo:<br>1. minore età al momento del conseguimento di laurea<br>2. voto di laurea<br>3. anzianità di laurea |
|        | <b>- non titolari di rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato</b><br>(norma fin.9, D.G.R.M. n. 268 del 09/02/2010)   | Residenti nella Regione Marche  | Graduati secondo:<br>1. minore età al momento del conseguimento di laurea<br>2. voto di laurea<br>3. anzianità di laurea |
| 5<br>b | <b>Medici titolari di borsa di studio inerente a corso di specializzazione universitarie</b>   | Residenti nell'Area Vasta n. 2  | Graduati secondo:<br>1. minore età al momento del conseguimento di laurea<br>2. voto di laurea<br>3. anzianità di laurea |
|        | <b>- non titolari di rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato</b><br>(norma fin.9, D.G.R.M. n. 268 del 09/02/2010)   | Residenti nella Regione Marche  | Graduati secondo:<br>1. minore età al momento del conseguimento di laurea<br>2. voto di laurea<br>3. anzianità di laurea |
| 6      | <b>Medici residenti fuori regione</b><br><b>- non titolari di borse di studio inerenti a scuole di Specializzazione o corso di formazione specifica in M.G.</b><br>(norma fin.9, D.G.R.M. n. 268 del 09/02/2010) | Graduati secondo l'ordine sopra utilizzato e con criteri previsti nelle rispettive categorie, con priorità per i residenti nelle Regioni limitrofe. |  |

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

### AVVERTENZE GENERALI

- Le domande per il conferimento degli incarichi di sostituzione e/o provvisori per il Servizio di Assistenza ai Turisti, dirette a: **“ASUR AV2 Sede di Senigallia, Ufficio Protocollo, via Cellini n. 1 – 60019 – Senigallia”**, conformemente agli allegati che seguono, **dovranno essere inviate entro le ore 12 del giorno 28 aprile 2015.** L'avviso sarà inoltre pubblicato sui relativi siti internet aziendali di questa ASUR Area Vasta n° 2: **www.asurzona4.marche.it**; - **www.asurzona5.marche.it**; **www.asurzona6.marche.it**; **www.asurzona7.marche.it**.

Nella busta contenente la domanda gli interessati dovranno indicare quanto segue: *“contiene domanda per il conferimento di incarichi di assistenza sanitaria ai turisti stagione estiva 2015”*. La stessa dicitura dovrà essere indicata nell'oggetto in caso di invio tramite PEC.

Dette istanze potranno essere inoltrate tramite le modalità sotto indicate:

- Tramite servizio postale, esclusivamente a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento (a tal fine farà fede il timbro e data dell'Ufficio Postale);
- Presentate in busta chiusa direttamente all'ufficio Protocollo della sede operativa AREA VASTA n. 2 di Senigallia, in via Cellini n. 1 – 60019 – Senigallia;
- Tramite posta elettronica certificata esclusivamente all'indirizzo di posta elettronica: [areavasta2.asur@emarche.it](mailto:areavasta2.asur@emarche.it). In tal caso il candidato dovrà essere titolare della casella di posta elettronica certificata utilizzata per l'invio della domanda.

Non verranno considerate le domande inviate oltre i termini sopracitati o con forme diverse da quelle indicate.

2. In allegato alla domanda gli aspiranti agli incarichi dovranno produrre gli allegati A, B, e C e copia di un documento di riconoscimento in corso di validità, datato e firmato dagli stessi;
3. La “graduatoria provvisoria” derivante dalla presente procedura verrà pubblicata sui siti internet aziendali dell'ASUR Area Vasta n° 2: **[www.asurzona4.marche.it](http://www.asurzona4.marche.it)**; - **[www.asurzona5.marche.it](http://www.asurzona5.marche.it)**; **[www.asurzona6.marche.it](http://www.asurzona6.marche.it)**; **[www.asurzona7.marche.it](http://www.asurzona7.marche.it)**.

Gli aspiranti agli incarichi avranno **5 giorni di tempo a partire dalla data di pubblicazione sui siti aziendali** sopra indicati per segnalare eventuali errori. Alla scadenza di tale termine verrà redatta la “graduatoria definitiva”.

4. La “graduatoria definitiva” verrà pubblicata sui siti internet aziendali dell'ASUR Area Vasta n° 2.
5. Gli uffici preposti provvederanno a pubblicare sui siti internet aziendali dell'ASUR Area Vasta n° 2 la data e la sede della convocazione dei Medici aventi titolo secondo l'ordine della graduatoria definitiva per l'assegnazione degli incarichi. Tale pubblicazione avverrà almeno 5 giorni prima della data fissata.

**LA CONSULTAZIONE DEI SITI COSTITUISCE ONERE ESPRESSO A CARICO DEI CANDIDATI POICHÉ NON È PREVISTO L'AVVISO DI CONVOCAZIONE SCRITTA.**

**La mancata presenza all'incontro dell'interessato nel giorno e nell'ora stabilita equivale a rinuncia**, fatta salva l'eventuale presenza di un delegato, allo scopo incaricato dall'interessato con delega espressa, accompagnata da un documento di riconoscimento del delegante, datata e firmata;

6. La postazione, sede dell'incarico, non deve essere indicata nella domanda poiché sarà attribuita **direttamente in base alla scelta che verrà dichiarata** in occasione dell'incontro richiamato al punto precedente.
7. I medici ai quali non è stato conferito l'incarico saranno utilizzati, secondo l'ordine della graduatoria per le eventuali **SOSTITUZIONI OCCASIONALI** che si rendessero necessarie. A tal fine il medico dovrà indicare nella domanda le postazioni per le quali si rende disponibile.
8. Per eventuali informazioni circa le postazioni, i medici potranno rivolgersi ai seguenti amministrativi:

- Postazioni ASUR/AV2 - Sede di Senigallia:  
Dott. Claudio Costanzi, Dott.ssa Elena Benvenuti Tel: 071/79092232

- Postazioni ASUR/AV2 - Sedi di Ancona:

Isabella Molinelli Tel: 071/9178713 - **Distretto Nord (postaz. di Marina di Montemarciano)**

Marco Markic Tel: 071/7130807 - **Distretto Sud – (postaz. di Portonovo, Sirolo e Marcelli).**

9. Gli incarichi in questione verranno assegnati sulla base della graduatoria di disponibilità redatta ai sensi della Norma Finale n. 9 della DGRM n. 751 del 2.7.2007 come modificata dalla DGRM n. 268 del 08 febbraio 2010.
10. Per la valutazione dei Servizi si terrà conto solo dei servizi prestati fino al **31/03/2015**.
11. Non verranno prese in considerazione dichiarazioni di servizi redatte in forma illeggibile.
12. I punteggi assegnabili ai Medici posizionati al punto 1 della Norma Finale n. 9 verranno desunti dalla graduatoria annuale regionale di settore valevole per l'anno in corso. La dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, da rendersi ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445 del 28/12/2000 "Titoli di servizio ed attività svolta (all. A)", dovrà essere compilata soltanto dai Medici appartenenti alle categorie 4 e 6. Si rammenta infine che l'amministrazione è tenuta ad effettuare idonei controlli, ai sensi della normativa vigente, sulla veridicità del contenuto delle dichiarazioni sostitutive ricevute e che, oltre alla decadenza dell'interessato dai benefici eventualmente conseguiti sulla base della dichiarazione non veritiera, sono applicabili le sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.
13. E' fatto obbligo ai medici presenti in graduatoria di comunicare, ad ogni effetto di legge, ogni variazione relativa allo status di riferimento che configuri una sopravvenuta condizione di incompatibilità, così individuata ai sensi della vigente normativa.
14. Infine, si precisa che:
  - **ai sensi dell'art. 17, c.5 del vigente ACN, l'accertamento di situazioni di incompatibilità condurrà alla revoca immediata dell'incarico ed alla cancellazione dalla graduatoria di disponibilità.**
15. In caso di revoca dall'incarico, come sopradetto, o qualora il medico che ha accettato l'incarico dovesse rinunciarvi (solo per motivi eccezionali e dichiarati per iscritto), l'incarico medesimo verrà assegnato al primo medico disponibile secondo l'ordine della graduatoria.

L'Area Vasta n.2 si riserva la facoltà di prorogare, modificare, sospendere o revocare il presente avviso, dandone comunicazione agli interessati.

**Per informazioni di carattere giuridico amministrativo rivolgersi al Dott. Claudio Costanzi, alla Dott.ssa Elena Benvenuti, recapito: tel. 071/79092232**

**IL DIRETTORE AREA VASTA 2**  
*(Dottor Giovanni Stroppa)*

**DOMANDA PER IL CONFERIMENTO DI N° 21 INCARICHI PROVVISORI A 24 ORE SETTIMANALI PER L'ESPLETAMENTO DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SANITARIA AI TURISTI PRESSO LE POSTAZIONI DELL'AREA VASTA N. 2 PER LA STAGIONE ESTIVA ANNO 2015 – PERIODO 15 GIUGNO 2015 – 15 SETTEMBRE 2015**

**All'ASUR  
AREA VASTA N. 2 - SEDE DI SENIGALLIA  
UFFICIO PROTOCOLLO  
Via Cellini, 1 – 60019 SENIGALLIA (AN)**

Il sottoscritto Dr.....

**C H I E D E**

di essere inserito nella graduatoria per il conferimento di n. 21 incarichi provvisori e/o di sostituzione a 24 ore settimanali per l'espletamento del servizio di assistenza ai turisti presso le postazioni dell'Area Vasta n. 2 per la stagione estiva 2015 – periodo 15 giugno 2015 – 15 settembre 2015 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:

**(barrare con una crocetta la categoria di appartenenza)**

- 1) Medici iscritti nella graduatoria Regione Marche (art.15, c. 12 ACN/2009) non titolari di borse di studio inerenti i corsi di specializzazione (norma fin.9, D.G.R.M. n. 268 del 09/02/2010);
- 2) Medici in possesso del Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale (art.15, c. 12 norma trans. 4 ACN/2005 e s.m.i.) non titolari di borse di studio inerenti i corsi di specializzazione (norma fin.9, D.G.R.M. n. 268 del 09/02/2010);
- 3) Medici in possesso del titolo di abilitazione alla data del 31.12.1994 non titolari di borse di studio inerenti i corsi di specializzazione/corso di formazione specifica in medicina generale (norma fin.9, D.G.R.M. n. 268 del 09/02/2010);
- 4) Medici in possesso del titolo di abilitazione successivamente alla data del 31.12.1994 (norma fin.5 ACN/2009) non titolari di borse di studio inerenti i corsi di specializzazione/corso di formazione specifica in medicina generale (norma fin.9, D.G.R.M. n. 268 del 09/02/2010) o iscritti IN SOVRANNUMERO a corso di formazione specifica in medicina Generale;
- 5a) Medici titolari di borsa di studio, iscritti al corso di formazione specifica in MG - non titolari di rapporto dipendente pubblico o privato (norma fin.9, D.G.R.M. n. 268 del 09/02/2010);
- 5b) Medici titolari di borsa di studio iscritti a scuole di specializzazione - non titolari di rapporto dipendente pubblico o privato (norma fin.9, D.G.R.M. n. 268 del 09/02/2010);
- 6) Medici residenti fuori Regione non titolari di borse di studio inerenti i corsi di specializzazione/corso di formazione specifica in medicina generale (norma fin.9, D.G.R.M. n. 268 del 09/02/2010).

Il sottoscritto dichiara altresì:

- di **essere** cittadino Italiano
- di **non essere** cittadino Italiano. specificare cittadinanza \_\_\_\_\_  
e di essere in possesso del permesso di soggiorno (se non cittadino U.E.)  
con scadenza in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.
- di essere nato/a a \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
di risiedere a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ n° cellulare \_\_\_\_\_  
e.mail \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

**di essere laureato in Medicina e Chirurgia** presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ con votazione \_\_\_\_/110\_\_\_\_

**di essersi abilitato all'esercizio della professione** in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi-Odontoiatri** di \_\_\_\_\_

al n° \_\_\_\_\_

- di **non essere in possesso** dell'attestato di formazione specifica in medicina generale di cui al D.Lgs 256/91;;
- di **essere in possesso** dell'attestato di formazione specifica in medicina generale di cui al D.Lgs 256/91;
- di **non essere in possesso** di attestato di specializzazione di cui al D.Lgs 257/91;
- di **essere in possesso** di attestato di specializzazione di cui al D.Lgs 257/91  
**nella branca di** \_\_\_\_\_; conseguita presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



- di **non essere iscritto** al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al D.Lgs 256/91;
- di **essere iscritto** al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al D.Lgs 256/91
- di **essere iscritto IN SOVRANNUMERO** al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al D.Lgs 256/91
- di **non essere iscritto** al corso di specializzazione di cui al D.Lgs 257/91
- di **essere iscritto** al corso di specializzazione di cui al D.Lgs 257/91

**nella branca di** \_\_\_\_\_ anno di iscrizione \_\_\_\_\_;

- di non detenere alcun rapporto di lavoro pubblico o privato;
- di detenere i seguenti rapporti di lavoro:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

- di non trovarsi in posizione di incompatibilità ai sensi dell'art. 17, comma 1, lettere a)-b)-c)-d) e) e comma 2, lettere a)-b)-c)-d) f) dell'A.C.N. M.G. 29/07/2009 e s.m.i..

Il sottoscritto si dichiara, altresì, disponibile alle **SOSTITUZIONI OCCASIONALI** che si rendessero necessarie, nel periodo medesimo, presso le postazioni (**barrare con una crocetta le postazioni scelte**):

- Postazioni di Senigallia;
- Postazione di Sirolo;
- Postazione di Marcelli;
- Postazione di Marina di Montemarciano;
- Postazione di Portonovo;

- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30.6.2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, e allo scopo presta consenso al trattamento di tali dati personali ai sensi dell'art. 23 del sopracitato Dlgs.

In fede.

**Data** .....

**Firma per esteso** .....

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà**

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

**TITOLI DI SERVIZIO ED ATTIVITÀ SVOLTA****(Allegato da compilarsi esclusivamente se appartenenti alla categoria 4 o 6)**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del DPR 445 del 28/12/2000

**dichiara****di essere in possesso dei seguenti titoli di servizio:**

**a1) attività svolta NELL'AMBITO DELLA REGIONE MARCHE, 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:**

dal ...../...../..... al ...../...../..... presso la EX ZT/ASL .....

dal ...../...../..... al ...../...../..... presso la EX ZT/ASL .....

dal ...../...../..... al ...../...../..... presso la EX ZT/ASL .....

**a2) attività svolta FUORI DALLA REGIONE MARCHE, 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 :**

dal ...../...../..... al ...../...../..... presso la EX ZT/ASL .....

dal ...../...../..... al ...../...../..... presso la EX ZT/ASL .....

dal ...../...../..... al ...../...../..... presso la EX ZT/ASL .....

**b1) 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:**

dal ...../...../..... al ...../...../..... EX ZT/ASL ..... Medico.....

dal ...../...../..... al ...../...../..... EX ZT/ASL ..... Medico.....

dal ...../...../..... al ...../...../..... EX ZT/ASL ..... Medico.....

dal ...../...../..... al ...../...../..... EX ZT/ASL ..... Medico.....

dal ...../...../..... al ...../...../..... EX ZT/ASL ..... Medico.....

dal ...../...../..... al ...../...../..... EX ZT/ASL ..... Medico.....

dal ...../...../..... al ...../...../..... EX ZT/ASL ..... Medico.....

dal ...../...../..... al ...../...../..... EX ZT/ASL ..... Medico.....

dal ...../...../..... al ...../...../..... EX ZT/ASL ..... Medico.....

dal ...../...../..... al ...../...../..... EX ZT/ASL ..... Medico.....

dal ...../...../..... al ...../...../..... EX ZT/ASL ..... Medico.....

dal ...../...../..... al ...../...../..... EX ZT/ASL ..... Medico.....

dal ...../...../..... al ...../...../..... EX ZT/ASL ..... Medico.....

dal ...../...../..... al ...../...../..... EX ZT/ASL ..... Medico.....

dal ...../...../..... al ...../...../..... EX ZT/ASL ..... Medico.....

dal ...../...../..... al ...../...../..... EX ZT/ASL ..... Medico.....

dal ...../...../..... al ...../...../..... EX ZT/ASL ..... Medico.....

dal ...../...../..... al ...../...../..... EX ZT/ASL ..... Medico.....

dal ...../...../..... al ...../...../..... EX ZT/ASL ..... Medico.....

**b2) attività di sostituzione del medico di assistenza primaria convenzionato con il S.S.N. solo se svolta con riferimento a più di 100 dovute ad attività sindacale e sostituzioni d'ufficio anche se di durata inferiore a 5 giorni:**

dal ...../...../..... al ...../...../..... EX ZT/ASL ..... Medico.....

dal ...../...../..... al ...../...../..... EX ZT/ASL ..... Medico.....

dal ...../...../..... al ...../...../..... EX ZT/ASL ..... Medico.....

dal ...../...../..... al ...../...../..... EX ZT/ASL ..... Medico.....

dal ...../...../..... al ...../...../..... EX ZT/ASL ..... Medico.....

**c1) servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o anche a titolo di sostituzione, nei servizi di continuità assistenziale in forma attiva:**

(indicare mese per mese il totale delle ore prestate)

anno \_\_\_\_\_ EX ZT/ASL \_\_\_\_\_

|           |           |          |           |          |           |          |           |
|-----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|
| Gennaio   | ore _____ | Febbraio | ore _____ | Marzo    | ore _____ | Aprile   | ore _____ |
| Maggio    | ore _____ | Giugno   | ore _____ | Luglio   | ore _____ | Agosto   | ore _____ |
| Settembre | ore _____ | Ottobre  | ore _____ | Novembre | ore _____ | Dicembre | ore _____ |

anno \_\_\_\_\_ EX ZT/ASL \_\_\_\_\_

|           |           |          |           |          |           |          |           |
|-----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|----------|-----------|
| Gennaio   | ore _____ | Febbraio | ore _____ | Marzo    | ore _____ | Aprile   | ore _____ |
| Maggio    | ore _____ | Giugno   | ore _____ | Luglio   | ore _____ | Agosto   | ore _____ |
| Settembre | ore _____ | Ottobre  | ore _____ | Novembre | ore _____ | Dicembre | ore _____ |

anno \_\_\_\_\_ **EX ZT/ASL** \_\_\_\_\_

Gennaio ore \_\_\_\_\_ Febbraio ore \_\_\_\_\_ Marzo ore \_\_\_\_\_ Aprile ore \_\_\_\_\_

Maggio ore \_\_\_\_\_ Giugno ore \_\_\_\_\_ Luglio ore \_\_\_\_\_ Agosto ore \_\_\_\_\_

Settembre ore \_\_\_\_\_ Ottobre ore \_\_\_\_\_ Novembre ore \_\_\_\_\_ Dicembre ore \_\_\_\_\_

anno \_\_\_\_\_ **EX ZT/ASL** \_\_\_\_\_

Gennaio ore \_\_\_\_\_ Febbraio ore \_\_\_\_\_ Marzo ore \_\_\_\_\_ Aprile ore \_\_\_\_\_

Maggio ore \_\_\_\_\_ Giugno ore \_\_\_\_\_ Luglio ore \_\_\_\_\_ Agosto ore \_\_\_\_\_

Settembre ore \_\_\_\_\_ Ottobre ore \_\_\_\_\_ Novembre ore \_\_\_\_\_ Dicembre ore \_\_\_\_\_

anno \_\_\_\_\_ **EX ZT/ASL** \_\_\_\_\_

Gennaio ore \_\_\_\_\_ Febbraio ore \_\_\_\_\_ Marzo ore \_\_\_\_\_ Aprile ore \_\_\_\_\_

Maggio ore \_\_\_\_\_ Giugno ore \_\_\_\_\_ Luglio ore \_\_\_\_\_ Agosto ore \_\_\_\_\_

Settembre ore \_\_\_\_\_ Ottobre ore \_\_\_\_\_ Novembre ore \_\_\_\_\_ Dicembre ore \_\_\_\_\_

anno \_\_\_\_\_ **EX ZT/ASL** \_\_\_\_\_

Gennaio ore \_\_\_\_\_ Febbraio ore \_\_\_\_\_ Marzo ore \_\_\_\_\_ Aprile ore \_\_\_\_\_

Maggio ore \_\_\_\_\_ Giugno ore \_\_\_\_\_ Luglio ore \_\_\_\_\_ Agosto ore \_\_\_\_\_

Settembre ore \_\_\_\_\_ Ottobre ore \_\_\_\_\_ Novembre ore \_\_\_\_\_ Dicembre ore \_\_\_\_\_

anno \_\_\_\_\_ **EX ZT/ASL** \_\_\_\_\_

Gennaio ore \_\_\_\_\_ Febbraio ore \_\_\_\_\_ Marzo ore \_\_\_\_\_ Aprile ore \_\_\_\_\_

Maggio ore \_\_\_\_\_ Giugno ore \_\_\_\_\_ Luglio ore \_\_\_\_\_ Agosto ore \_\_\_\_\_

Settembre ore \_\_\_\_\_ Ottobre ore \_\_\_\_\_ Novembre ore \_\_\_\_\_ Dicembre ore \_\_\_\_\_

anno \_\_\_\_\_ **EX ZT/ASL** \_\_\_\_\_

Gennaio ore \_\_\_\_\_ Febbraio ore \_\_\_\_\_ Marzo ore \_\_\_\_\_ Aprile ore \_\_\_\_\_

Maggio ore \_\_\_\_\_ Giugno ore \_\_\_\_\_ Luglio ore \_\_\_\_\_ Agosto ore \_\_\_\_\_

Settembre ore \_\_\_\_\_ Ottobre ore \_\_\_\_\_ Novembre ore \_\_\_\_\_ Dicembre ore \_\_\_\_\_

anno \_\_\_\_\_ **EX ZT/ASL** \_\_\_\_\_

Gennaio ore \_\_\_\_\_ Febbraio ore \_\_\_\_\_ Marzo ore \_\_\_\_\_ Aprile ore \_\_\_\_\_

Maggio ore \_\_\_\_\_ Giugno ore \_\_\_\_\_ Luglio ore \_\_\_\_\_ Agosto ore \_\_\_\_\_

Settembre ore \_\_\_\_\_ Ottobre ore \_\_\_\_\_ Novembre ore \_\_\_\_\_ Dicembre ore \_\_\_\_\_

anno \_\_\_\_\_ EX ZT/ASL \_\_\_\_\_

Gennaio ore \_\_\_\_\_ Febbraio ore \_\_\_\_\_ Marzo ore \_\_\_\_\_ Aprile ore \_\_\_\_\_  
Maggio ore \_\_\_\_\_ Giugno ore \_\_\_\_\_ Luglio ore \_\_\_\_\_ Agosto ore \_\_\_\_\_  
Settembre ore \_\_\_\_\_ Ottobre ore \_\_\_\_\_ Novembre ore \_\_\_\_\_ Dicembre ore \_\_\_\_\_

anno \_\_\_\_\_ EX ZT/ASL \_\_\_\_\_

Gennaio ore \_\_\_\_\_ Febbraio ore \_\_\_\_\_ Marzo ore \_\_\_\_\_ Aprile ore \_\_\_\_\_  
Maggio ore \_\_\_\_\_ Giugno ore \_\_\_\_\_ Luglio ore \_\_\_\_\_ Agosto ore \_\_\_\_\_  
Settembre ore \_\_\_\_\_ Ottobre ore \_\_\_\_\_ Novembre ore \_\_\_\_\_ Dicembre ore \_\_\_\_\_

**c2) servizio effettivo con incarico a tempo determinato e indeterminato nella emergenza sanitaria territoriale:**

dal .../.../..... al .../.../..... n. ore ..... presso la EX ZT/ASL .....

dal .../.../..... al .../.../..... n. ore ..... presso la EX ZT/ASL .....

dal .../.../..... al .../.../..... n. ore ..... presso la EX ZT/ASL .....

**c3) servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o determinato o di sostituzione nella medicina dei servizi:**

dal .../.../..... al .../.../..... n. ore ..... presso la EX ZT/ASL .....

dal .../.../..... al .../.../..... n. ore ..... presso la EX ZT/ASL .....

**c4) servizio effettivo nelle attività territoriali programmate:**

dal .../.../..... al .../.../..... n. ore ..... presso la EX ZT/ASL .....

dal .../.../..... al .../.../..... n. ore ..... presso la EX ZT/ASL .....

**d) attività programmata nei servizi territoriali, di continuità assistenziale, o di emergenza sanitaria territoriale in forma di reperibilità:**

(indicare mese per mese il totale delle ore prestate)

anno \_\_\_\_\_ EX ZT/ASL \_\_\_\_\_

Gennaio ore \_\_\_\_\_ Febbraio ore \_\_\_\_\_ Marzo ore \_\_\_\_\_ Aprile ore \_\_\_\_\_  
Maggio ore \_\_\_\_\_ Giugno ore \_\_\_\_\_ Luglio ore \_\_\_\_\_ Agosto ore \_\_\_\_\_  
Settembre ore \_\_\_\_\_ Ottobre ore \_\_\_\_\_ Novembre ore \_\_\_\_\_ Dicembre ore \_\_\_\_\_

anno \_\_\_\_\_ EX ZT/ASL \_\_\_\_\_

Gennaio ore \_\_\_\_\_ Febbraio ore \_\_\_\_\_ Marzo ore \_\_\_\_\_ Aprile ore \_\_\_\_\_  
Maggio ore \_\_\_\_\_ Giugno ore \_\_\_\_\_ Luglio ore \_\_\_\_\_ Agosto ore \_\_\_\_\_  
Settembre ore \_\_\_\_\_ Ottobre ore \_\_\_\_\_ Novembre ore \_\_\_\_\_ Dicembre ore \_\_\_\_\_

anno \_\_\_\_\_ EX ZT/ASL \_\_\_\_\_

Gennaio ore \_\_\_\_\_ Febbraio ore \_\_\_\_\_ Marzo ore \_\_\_\_\_ Aprile ore \_\_\_\_\_  
Maggio ore \_\_\_\_\_ Giugno ore \_\_\_\_\_ Luglio ore \_\_\_\_\_ Agosto ore \_\_\_\_\_  
Settembre ore \_\_\_\_\_ Ottobre ore \_\_\_\_\_ Novembre ore \_\_\_\_\_ Dicembre ore \_\_\_\_\_

anno \_\_\_\_\_ EX ZT/ASL \_\_\_\_\_

Gennaio ore \_\_\_\_\_ Febbraio ore \_\_\_\_\_ Marzo ore \_\_\_\_\_ Aprile ore \_\_\_\_\_  
Maggio ore \_\_\_\_\_ Giugno ore \_\_\_\_\_ Luglio ore \_\_\_\_\_ Agosto ore \_\_\_\_\_  
Settembre ore \_\_\_\_\_ Ottobre ore \_\_\_\_\_ Novembre ore \_\_\_\_\_ Dicembre ore \_\_\_\_\_

**e) attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche (guardia Medico Turistica) organizzati dalle Regioni o dalle Aziende:**

(indicare mese per mese il totale delle ore prestate)

anno \_\_\_\_\_ EX ZT/ASL \_\_\_\_\_

mese ..... n. ore ..... mese ..... n. ore .....  
mese ..... n. ore ..... mese ..... n. ore .....

anno \_\_\_\_\_ EX ZT/ASL \_\_\_\_\_

mese ..... n. ore ..... mese ..... n. ore .....  
mese ..... n. ore ..... mese ..... n. ore .....

anno \_\_\_\_\_ EX ZT/ASL \_\_\_\_\_

mese ..... n. ore ..... mese ..... n. ore .....  
mese ..... n. ore ..... mese ..... n. ore .....

anno \_\_\_\_\_ EX ZT/ASL \_\_\_\_\_

mese ..... n. ore ..... mese ..... n. ore .....  
mese ..... n. ore ..... mese ..... n. ore .....

**f1) servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) anche in qualità di Ufficiale Medico di complemento e per un massimo di 12 mesi, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina:**

(inserire data di inizio e fine servizio) dal .../.../..... al .../.../..... presso .....

**f2) servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) anche in qualità di Ufficiale Medico di complemento e per un massimo di 12 mesi, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina ed in concomitanza di incarico, anche provvisorio, di medicina generale e limitatamente al periodo di concomitanza:**

(inserire data di inizio e fine servizio) dal .../.../..... al .../.../..... presso .....

**g1) servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina:**

(inserire data di inizio e fine servizio) dal .../.../..... al .../.../..... presso .....

(inserire data di inizio e fine servizio) dal .../.../..... al .../.../..... presso .....

**g2) servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto in concomitanza di incarico ai sensi dell'A.C.N. MMG 29.07.2009:**

(inserire data di inizio e fine servizio) dal .../.../..... al .../.../..... presso .....

(inserire data di inizio e fine servizio) dal .../.../..... al .../.../..... presso .....

**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:**

dal .../.../..... al .../.../..... EX ZT/ASL ..... Medico.....

dal .../.../..... al .../.../..... EX ZT/ASL ..... Medico.....

dal .../.../..... al .../.../..... EX ZT/ASL ..... Medico.....

dal ...../..... al .../.../..... EX ZT/ASL ..... Medico.....

dal .../.../..... al .../.../..... EX ZT/ASL ..... Medico.....

dal .../.../..... al .../.../..... EX ZT/ASL ..... Medico.....

dal .../.../..... al .../.../..... EX ZT/ASL ..... Medico.....

**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:**

dal .../.../..... al .../.../..... presso .....

**l) Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria nelle carceri, sia a tempo indeterminato che di sostituzione, per ogni mese di attività:**

dal .../.../..... al .../.../..... presso .....

**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:**

dal .../.../..... al .../.../..... presso .....

dal .../.../..... al .../.../..... presso .....

**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 e del decreto ministeriale 1° settembre 1988 n.430:**

dal .../.../..... al .../.../..... presso .....

dal .../.../..... al .../.../..... presso .....

**Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)**

***Luogo e data*** \_\_\_\_\_

***Firma per esteso*** \_\_\_\_\_

**Nel caso in cui la domanda venga spedita dovrà essere allegata copia fotostatica di documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore (datata e firmata) (2).**

Si allega copia documento d'identità (datato e firmato).

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

(1) *Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 del DPR 445/2000).*

(2) *Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento d'identità del dichiarante, datata e firmata..*