

**DETERMINA DEL DIRETTORE DELLA  
AREA VASTA N. 2**

**N. 192/AV2 DEL 10/02/2015**

**Oggetto: Rettifica det.Dirett.AV2 n.169 del 6/2/2015: “Medici Medicina Generale – Emissione AVVISO PUBBLICO per formazione graduatoria, al fine del conferimento incarichi provvisori di Emergenza Sanitaria Territoriale (118) presso l’AREA VASTA 2.”**

**IL DIRETTORE DELLA  
AREA VASTA N. 2**

- . . . -

**VISTO** il documento istruttorio, riportato in calce alla presente determina, dal quale si rileva la necessità di provvedere a quanto in oggetto specificato;

**RITENUTO**, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di adottare il presente atto;

**VISTA** l’attestazione dei Dirigenti del Servizio Controllo di Gestione e dell’U.O. Bilancio in riferimento al bilancio annuale di previsione;

**- D E T E R M I N A -**

- 1. DI RETTIFICARE** la determina del Direttore AV2 n. 169 del 06/02/2015:” Medici di Medicina Generale – Emissione AVVISO PUBBLICO per la formazione di graduatoria, al fine del conferimento di incarichi provvisori di Emergenza Sanitaria Territoriale (118) presso l’AREA VASTA 2.”, nello specifico il bando di avviso pubblico, allegato alla determina e parte integrante e sostanziale della stessa, all’interno del quale è stato commesso un mero errore materiale di trascrizione.
- 2. DI MODIFICARE** il bando di avviso pubblico, allegato alla presente determina, di cui costituisce parte integrante e sostanziale, correggendone l’errore materiale di trascrizione.
- 3. DI DARE ATTO** che il presente provvedimento non comporta impegno di spesa.
- 4. DI DARE ATTO**, inoltre, che la presente determina non è sottoposta a controllo regionale, ai sensi dell’art. 4 della Legge 412/91 e dell’art. 28 della L.R. 26/96 e s.m.i.
- 5. DI TRASMETTERE** il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell’art. 17 della L.R. 26/96 e s.m.i..

**IL DIRETTORE DELL’AREA VASTA N. 2**

*Dott. Giovanni Stroppa*

## ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' CONTABILE

### SERVIZIO CONTROLLO DI GESTIONE E U.O. BILANCIO

Le sottoscritte, vista La dichiarazione del Dirigente Responsabile dell'UOC Direzione Amm.va Territoriale in merito alla copertura economica della spesa, attestano che l'adozione del presente atto non comporta maggiori oneri a carico del budget dell'Area Vasta 2 per l'anno 2015.

#### **Servizio Controllo di Gestione**

Il Dirigente Amministrativo

(Dott.ssa Letizia Paris)

#### **U.O. Bilancio**

Il Dirigente Amministrativo

(Dott.ssa Maria Grazia Maracchini)

La presente determina consta di n. 14 pagine di cui 10 pagine di allegati.

**- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -**

**U.O.C.: DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE**

**Normativa di riferimento:**

- ❑ Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, entrato in vigore il 23/03/2005 (seduta conferenza Stato-Regioni Rep. 2272 del 23/03/2005) e s.m.i.
- ❑ D.G.R.M. 751 del 02/07/2007 Accordo Integrativo Regionale (A.I.R.) per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, in attuazione dell'A.C.N.

**Motivazione:**

Con determina del Direttore AV2 n. 169 del 06/02/2015 avente ad oggetto: Medici di Medicina Generale – Emissione AVVISO PUBBLICO per la formazione di graduatoria, al fine del conferimento di incarichi provvisori di Emergenza Sanitaria Territoriale (118) presso l'AREA VASTA 2." è stato bandito un avviso pubblico, inserito insieme all'atto stesso all'Albo Pretorio dell'Area Vasta 2 di Fabriano e, per consentirne la massima pubblicità possibile, anche sui siti dell'Area Vasta 2 nella sezione News.

Purtroppo solo dopo la pubblicazione ci si è accorti che nel bando dell'Avviso era stato commesso un errore materiale di trascrizione.

Infatti nella parte "*Criteri per la redazione della graduatoria*" è stata erroneamente indicata la priorità per i medici residenti dell'Area Vasta n.3, mentre si voleva intendere : **“con priorità per i medici residenti nell'Area Vasta n. 2”**

E' quindi necessario rettificare la determina n. 169/2015 sopra citata correggendo l'errore materiale contenuto nell'allegato avviso pubblico.

**Esito dell'istruttoria:**

Per quanto sopra esposto, viste la Legge Regionale n°17 dell'1/8/2011, avente ad oggetto “Ulteriori modifiche della Legge Regionale 20 giugno 2003, n. 13: "Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale", della Legge Regionale 17 luglio 1996, n. 26: "Riordino del Servizio Sanitario Regionale" e modifica della Legge Regionale 22 novembre 2010, n. 17"; la DGRM n. 34 del 20/01/2014 ad oggetto: “L.R. n. 13/2003 – Nomina dei Direttori di Area Vasta dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale”; la determina del Direttore AV2 n. 165 del 06/02/2014 ad oggetto: “Insediamento del Dott. Giovanni Stroppa quale Direttore dell'Area Vasta 2”, si propone l'adozione della seguente determina:

- 1. DI RETTIFICARE** la determina del Direttore AV2 n. 169 del 06/02/2015:” Medici di Medicina Generale – Emissione AVVISO PUBBLICO per la formazione di graduatoria, al fine del conferimento di incarichi provvisori di Emergenza Sanitaria Territoriale (118) presso l'AREA VASTA 2.”, nello specifico il bando di avviso pubblico, allegato alla determina e parte integrante e sostanziale della stessa, all'interno del quale è stato commesso un mero errore materiale di trascrizione.

2. **DI MODIFICARE** il bando di avviso pubblico, allegato alla presente determina, di cui costituisce parte integrante e sostanziale, correggendone l'errore materiale di trascrizione.
3. **DI DARE ATTO** che il presente provvedimento non comporta impegno di spesa.
4. **DI DARE ATTO**, inoltre, che la presente determina non è sottoposta a controllo regionale, ai sensi dell'art. 4 della Legge 412/91 e dell'art. 28 della L.R. 26/96 e s.m.i.
5. **DI TRASMETTERE** il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della L.R. 26/96 e s.m.i.;

**IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO**

Dott.ssa Dolores Rossetti

***IL DIRIGENTE RESPONSABILE***

*U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale AV2*

Dott.ssa Chantal Mariani

**- ALLEGATI -**

- Avviso Pubblico

Allegato

**U.O.C.: DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE AV2**  
Via Turati, 51-FABRIANO

## **AVVISO PUBBLICO**

### **SI RENDE NOTO**

Che questa Area Vasta ha intenzione di predisporre una graduatoria al fine dell'eventuale conferimento di incarichi provvisori e/o di sostituzione per il Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale, per n. 38 ore settimanali, presso le postazioni dislocate nell'AV2.

Le domande, debitamente compilate e sottoscritte, utilizzando l'allegato modello, unitamente a fotocopia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità dovranno essere indirizzate alla:

Direzione Amministrativa Territoriale dell'Area Vasta n. 2 – Sede Fabriano, dovranno essere inoltrate tramite:

- **servizio postale - Via Turati, 51 – 60044 FABRIANO,**
- **indirizzo P.E.C. areavasta2.asur@emarche.it,**
- **presentate direttamente all'Ufficio Protocollo dalle ore 09.00 alle ore 13.00 dal lunedì al venerdì.**

E' esclusa ogni altra forma di presentazione e trasmissione. Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio; l'eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetto.

**Le domande devono pervenire, a pena di esclusione, entro il termine perentorio del giorno**

.....  
(NON FARA' FEDE IL TIMBRO POSTALE)

Sul sito aziendale all'indirizzo: <http://www.asurzona6.marche.it> verrà pubblicata la graduatoria provvisoria di merito, nonché la data ed il modo entro cui inviare eventuali osservazioni circa la propria posizione nella stessa.

Tale forma di pubblicità assolve "in toto" l'onere di comunicazione in capo all'Amministrazione.

Possono concorrere al conferimento degli incarichi provvisori di Emergenza Sanitaria Territoriale, solo i medici in possesso **dell'attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso previsto ai sensi dell'art. 96 dell'ACN/MMG**

#### **Criteri per la redazione della graduatoria:**

La graduatoria sarà predisposta secondo i criteri previsti dall'art. 16 e dalla norma transitoria n°7 dell'A.C.N./2005, con priorità per i medici residenti nell'Area Vasta n. 2, sarà valida per un anno e comunque fino alla approvazione di una nuova graduatoria.

1	Medici iscritti nella graduatoria Regione Marche (art. 15, c. 12 ACN/2009), ■ Non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in M.G.	A) Residenti nell'Area Vasta n. 2	Graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale (art. 16 ACN 29/07/2009)
		B) Residenti nella Regione Marche	Graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale (art. 16 ACN 29/07/2009)
		C) Residenti fuori Regione	Graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale (art. 16 ACN 29/07/2009)
2	Medici in possesso del Diploma di formazione specifica in Medicina Generale (art.15, c.12 - norma trans.4 ACN/2009). Non iscritti a scuole di specializzazione	A) Residenti nell'Area Vasta n. 2	Graduati secondo: 1. minore età al momento del conseguimento laurea 2. voto di laurea 3. anzianità di laurea
		B) Residenti nella Regione Marche	
3	Medici in possesso del titolo di abilitazione alla data del 31/12/1994 ■ Non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in Medicina Generale	A) Residenti nell'Area Vasta n.2	Graduati secondo: 1. minore età al momento del conseguimento laurea 2. voto di laurea 3. anzianità di laurea
		B) Residenti nella Regione Marche	
4	Medici in possesso del titolo di abilitazione successivamente alla data del 31/12/1994 (norma fin.5 ACN/2009) Non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in Medicina Generale	A) Residenti nell'Area Vasta n. 2	Graduati secondo i criteri previsti dall'art. 16 dell'ACN per la redazione della graduatoria reg.le degli aspiranti al convenzionamento.
		B) Residenti nella Regione Marche	
5	Medici residenti fuori Regione. ■ Non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in Medicina Generale	Graduati secondo l'ordine sopra utilizzato e con i criteri previsti nelle rispettive categorie, con priorità per i residenti nelle Regioni limitrofe	Non saranno graduati i Medici residenti fuori Regione iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in Medicina Generale

**N.B.:** per tutte le categorie sarà data priorità ai medici che non detengono alcun rapporto di lavoro PUBBLICO o PRIVATO e che siano titolari di borse di studio anche inerenti a corsi di specializzazione.

**Non si prenderanno in considerazione domande non redatte secondo il fac-simile allegato, non firmate o non debitamente compilate, ivi compreso dichiarazioni di servizio redatte in forma illeggibile o generica.** Ai sensi dell'art. 17, c.5, l'accertamento di situazioni di incompatibilità, condurrà alla revoca immediata dell'incarico ed alla cancellazione dalla graduatoria di disponibilità.

L'incarico avrà durata da stabilirsi di volta in volta in base alle necessità organizzative del servizio e comunque non potrà superare i 12 mesi (dodici).

Si precisa infine che, essendo il Sistema Regionale di Emergenza Urgenza 118 in fase di riorganizzazione, la presente pubblicazione non rappresenta un impegno al conferimento degli incarichi, da parte della scrivente Area Vasta, che valuterà l'effettivo fabbisogno alla luce del mutato quadro organizzativo.

Ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003 (Legge sulla Privacy) i dati personali indicati sulla domanda di ammissione verranno utilizzati esclusivamente ai fini della procedura disciplinata dal presente avviso. Questa Area Vasta n. 2 si riserva la facoltà di prorogare, modificare, sospendere o revocare il presente avviso, dandone comunicazione agli interessati.

Per ogni eventuale informazione:  
Dolores Rossetti ☐ 0731-534613

IL DIRETTORE DI AREA VASTA 2  
Dott. Giovanni Stroppa

Area Vasta n°2  
Direzione Amministrativa Territoriale  
Via Turati, 51- FABRIANO

.....l... sottoscritt... Dott.....  
nat.... a ..... prov..... Il ..... residente  
a..... prov..... C.A.P. ....  
Via/c.so ..... N°..... tel n°.....  
CODICE FISCALE ..... e-mail:.....

### **CHIED**

Di essere inserito nella graduatoria dei medici disponibili per incarichi a tempo determinato (provvisori e di sostituzione) di questa Area Vasta per il settore dell'Emergenza Sanitaria Territoriale.

Le dichiarazioni di cui sopra sono rese ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000; sono a conoscenza delle sanzioni di cui all'art. 76, in caso di false dichiarazioni e della conseguenza che l'accertamento di dichiarazioni mendaci comporterà la decadenza dai benefici conseguiti in relazione alla presente istanza.

Data ..... Firma per esteso .....

**La dichiarazione è sottoscritta dall'interessato e inviata insieme a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore all'ufficio competente.**

### **Informativa resa dall'interessato per il trattamento dei dati personali**

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del 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.

Data ..... Firma per esteso .....

**DICHIARA**

- di essersi laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli studi di ..... in data ..... con voto .....
- di essersi abilitato alla professione in data .....
- di essere iscritto all'Ordine dei medici della provincia di ..... dal .....
- di essere/non essere incluso nella vigente **graduatoria regionale di settore del servizio EST** della Regione Marche col punteggio di .....
- di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale previsto dall'art. 96 dell'A.C.N./MMG rilasciato da ..... in data .....
- di essere/non essere iscritto a corso di formazione specifica di medicina generale D.lgs. 256/91: **(indicare data di iscrizione)** ..... regione .....
- di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale, di cui al D.lgs. 256/91 conseguito in data ..... presso Regione ....., (ovvero indicare data di iscrizione al corso) .....
- di essere/non essere iscritto a scuola di specializzazione: (se sì, indicare tipo di corso e anno di iscrizione) ..... dal ..... presso Università degli Studi .....
- di essere/non essere in possesso della Specializzazione in ....., conseguita in data ..... presso Università degli Studi ....., (indicare data di iscrizione al corso) .....
- di essere/non essere titolare di borsa di studio: (se sì, indicare tipo borsa e soggetto erogatore) ..... presso .....
- di non trovarsi in situazione di incompatibilità ai sensi dell'art. 17 dell'A.C.N./2009.

**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 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: per ciascuna specializzazione o libera docenza:

SPECIALIZZAZIONE

LIBERA DOCENZA

1) \_\_\_\_\_

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_  
 3) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_

? b) Specializzazione o libera docenza in discipline affini a quella di medicina generale ai sensi delle vigenti disposizioni: per ciascuna specializzazione o libera docenza:

SPECIALIZZAZIONE	LIBERA DOCENZA
1) _____	1) _____
2) _____	2) _____
3) _____	3) _____

? 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. 277/2003.

**II - Titoli di servizio**

• 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:

ASL/ZT _____	DAL _____	AL _____
ASL/ZT _____	DAL _____	AL _____
ASL/ZT _____	DAL _____	AL _____
ASL/ZT _____	DAL _____	AL _____

• b) Attività di sostituzione del medico di assistenza primaria convenzionato con il S.S.N. solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi (le sostituzioni dovute ad attività sindacale del titolare sono valutate anche se di durata inferiore a 5 giorni). Le sostituzioni effettuate su base oraria ai sensi dell'art. 37 sono valutate con gli stessi criteri di cui alla lettera c): per ciascun mese complessivo:

ASL/ZT _____	DAL _____	AL _____
ASL/ZT _____	DAL _____	AL _____
ASL/ZT _____	DAL _____	AL _____
ASL/ZT _____	DAL _____	AL _____

• c) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o anche a titolo di sostituzione, nei servizi di guardia medica e di continuità assistenziale in forma attiva: **per ogni mese ragguagliato a 96 ore di attività.** (Per ciascun mese solare non può essere considerato un numero di ore superiore a quello massimo consentito dall'accordo nazionale relativo al settore):

**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 ____
<b>Anno: ..... Azienda Sanitaria Locale: .....</b>							
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 ____
<b>Anno: ..... Azienda Sanitaria Locale: .....</b>							
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 ____

N.B. Occorre indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio.

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

<b>Anno: ..... Azienda Sanitaria Locale: .....</b>							
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 ____
<b>Anno: ..... Azienda Sanitaria Locale: .....</b>							
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 ____
<b>Anno: ..... Azienda Sanitaria Locale: .....</b>							
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 ____

- 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:**

<b>Anno: ..... Azienda Sanitaria Locale: .....</b>							
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 \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

- 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:

(inserire la data di inizio e di fine servizio) \_\_\_\_\_

- 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:

(inserire la data di inizio e di fine servizio) \_\_\_\_\_

- 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:

ASL/ZT \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_  
 ASL/ZT \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_  
 ASL/ZT \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_  
 ASL/ZT \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

- i) Medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna e medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici, medico generico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato con il Ministero della sanità per il servizio di assistenza sanitaria ai naviganti: per ciascun mese:

ASL/ZT \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_  
 ASL/ZT \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_  
 ASL/ZT \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_  
 ASL/ZT \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

- l) Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria nelle carceri, sia a tempo indeterminato che di sostituzione e di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo, per ogni mese di attività:

ASL/ZT \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_  
 ASL/ZT \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_  
 ASL/ZT \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_  
 ASL/ZT \_\_\_\_\_ 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(\*):

ASL/ZT \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_  
 ASL/ZT \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_  
 ASL/ZT \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_  
 ASL/ZT \_\_\_\_\_ DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

(\* servizio prestato c/o aziende termali private accreditate in qualità di dipendente a tempo pieno, con rapporto di lavoro esclusivo e orario non inferiore a 35 ore settimanali.

- 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:

ASL/ZT _____	DAL _____	AL _____
ASL/ZT _____	DAL _____	AL _____
ASL/ZT _____	DAL _____	AL _____
ASL/ZT _____	DAL _____	AL _____

Data .....

Firma per esteso .....

**La dichiarazione è sottoscritta dall'interessato e inviata insieme a copia di un documento di identità in corso di validità.**

**Informativa resa dall'interessato per il trattamento dei dati personali**

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del 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.

Data .....

Firma per esteso .....