

REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA

**MEDICINA GENERALE**

*Domanda per l'inserimento nella graduatoria regionale di settore della Medicina generale*

**VALIDA PER L'ANNO 2020**

MARCA DA BOLLO

€ 16.00

**RACCOMANDATA A.R.**

oppure

**Via PEC (se il/la richiedente è in possesso di propria PEC)**

All'Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali  
Struttura sanità ospedaliera e territoriale e gestione del personale sanitario  
Via De Tillier, 30 – 11100 AOSTA

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa \_\_\_\_\_ M  F

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

n. Tel. \_\_\_\_\_ n. Cell. \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_ indirizzo PEC \_\_\_\_\_

Chiede che ogni comunicazione venga inviata **all'indirizzo PEC** (preferibile) \_\_\_\_\_

oppure presso  la propria residenza.  il domicilio sotto indicato:

c/o \_\_\_\_\_ nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**il primo inserimento**

**l'integrazione dei titoli**

nella graduatoria unica regionale per la **Medicina generale, a valere per l'anno 2020**, relativamente all'attività nel/nei settore/i di: (**barrare il settore d'interesse**)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Assistenza Primaria      | <input type="checkbox"/> Emergenza Sanitaria Territoriale 118 |
| <input type="checkbox"/> Continuità Assistenziale | <input type="checkbox"/> Medicina dei servizi territoriali    |

**DICHIARA**

- di **non essere** titolare di incarico **a tempo indeterminato** per la/le attività relativa/e al/ai settore/i sopra contrassegnato/i
- di **essere** titolare di incarico **a tempo indeterminato** per la/le attività relativa/e al/ai settore/i (indicare anche l'Azienda di riferimento) \_\_\_\_\_

Art. 2, comma 8 A.C.N. 21.06.2018 "I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato in uno o più settori sopra indicati possono partecipare per graduatoria regionale solo in un settore diverso da quello in cui sono titolari" e pertanto possono concorrere alla assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.

A tal fine acclude autocertificazione di Iscrizione all'Ordine dei Medici e n. .... documenti e/o atto notorio relativi ai titoli in suo possesso **debitamente sottoscritti** e fotocopia di un documento d'identità in corso di validità e codice fiscale.

**Data**..... **FIRMA** per esteso e leggibile .....

(ai sensi del DPR n. 445/2000, la presente dichiarazione non necessita di autenticazione della firma e sostituisce le normali certificazioni richieste o destinate ad una Pubblica Amministrazione e ai gestori di pubblici servizi, se la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di valido documento di identità del sottoscrittore)

## INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI UE 2016/679

### TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento è la Regione autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste, in persona del legale rappresentante pro tempore, con sede in Piazza Deffeyes, n. 1 – 11100 Aosta, contattabile all'indirizzo PEC [segretario\\_generale@pec.regione.vda.it](mailto:segretario_generale@pec.regione.vda.it)

### DELEGATO AL TRATTAMENTO

Delegato al trattamento dei dati è il Dirigente della Struttura sanità ospedaliera e territoriale e gestione del personale sanitario dott. Claudio PERRATONE (tel 0165/274267 – e-mail [c.perratone@regione.vda.it](mailto:c.perratone@regione.vda.it))

### DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (DPO)

Il responsabile della protezione dei dati della Regione autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste è raggiungibile ai seguenti indirizzi PEC: [privacy@pec.regione.vda.it](mailto:privacy@pec.regione.vda.it) (per i titolari di una casella di posta elettronica certificata) o PEI [privacy@regione.vda.it](mailto:privacy@regione.vda.it), con una comunicazione avente la seguente intestazione: "All'attenzione del DPO della Regione autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste".

### FINALITÀ E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

I dati forniti saranno trattati dal personale autorizzato del Dipartimento Sanità, salute e politiche sociali, anche in forma elettronica, esclusivamente per l'espletamento da parte di questa Amministrazione della formazione della graduatoria regionale di medicina generale **valida per l'anno 2020**, ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale reso esecutivo dalla Conferenza Stato-Regioni in data 29 luglio 2009. Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e pertanto, in caso di rifiuto, il richiedente non potrà essere inserito in detta graduatoria;

### AMBITO DI COMUNICAZIONE E DI DIFFUSIONE DEI DATI.

I dati forniti sono altresì trattati dal personale dipendente della Regione autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste, il quale agisce sulla base di specifiche istruzioni fornite in ordine alle finalità e alle modalità del trattamento medesimo, e comunicati, sempre esclusivamente nell'ambito degli adempimenti connessi alla formulazione e utilizzo della graduatoria e a seguito di esplicita e motivata richiesta, al personale dipendente dell'Azienda USL della Valle d'Aosta.

I dati personali nella forma "Cognome, Nome, Provincia, Attività prescelta, punteggio, Posizione in Graduatoria" saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma Valle d'Aosta e nell'apposita pagina del sito internet della Regione stessa: [www.regione.vda.it/sanita/personale/graduatorie/default\\_i.asp](http://www.regione.vda.it/sanita/personale/graduatorie/default_i.asp)

### PERIODO DI CONSERVAZIONE

I dati forniti saranno conservati in formato cartaceo e digitale durante il periodo previsto dalla normativa vigente in materia di conservazione, anche ai fini di archiviazione, dei documenti amministrativi e, comunque, di rispetto dei principi di liceità, necessità, proporzionalità, nonché delle finalità per le quali sono stati raccolti.

I dati forniti non saranno trasferiti a paesi terzi al di fuori dell'Unione Europea .

### DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'interessato potrà in ogni momento esercitare i diritti di cui agli articoli 15 e seguenti del Regolamento UE/2016/679. In particolare, potrà chiedere la rettifica o la cancellazione dei dati personali o la limitazione del trattamento dei dati personali o opporsi al trattamento nei casi previsti, inviando l'istanza al DPO delle Regione autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste, raggiungibile agli indirizzi indicati nella presente informativa.

### DIRITTI DI PROPORRE RECLAMO

L'interessato, se ritiene che il trattamento dei dati personali sia avvenuto in violazione di quanto previsto dal Regolamento UE/2016/679, ha diritto di proporre reclamo al garante per la protezione dei dati personali, ai sensi dell'articolo 77 del medesimo Regolamento, utilizzando gli estremi di contatto reperibili nel sito [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it)

**Luogo e data .....**

**FIRMA .....**  
per presa visione ed accettazione

**CONSENSO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ quale interessato/a con riferimento ai dati forniti o in altro modo comunicati alla RAVA o acquisiti dalla stessa, e avuto riguardo alla finalità indicate nella sopra riportata informativa, dichiara:

- SI acconsento al trattamento dei dati
- NO non acconsento al trattamento dei dati

**Luogo e data** .....

**FIRMA** .....  
per presa visione ed accettazione

## AVVERTENZE E STRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLA DOMANDA.

A partire dalla graduatoria anno 2020 (art. 2 comma 3 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale vigente dal 21/06/2018), hanno obbligo di presentare la domanda anche i medici già inclusi nella graduatoria riferita all'anno precedente. Tale obbligo persiste anche per gli anni successivi.

**La mancata presentazione comporta la cancellazione d'ufficio.**

I medici che intendono essere inseriti nella graduatoria regionale di medicina generale devono dichiarare, nell'allegata autocertificazione, di possedere alla data di scadenza del termine per la presentazione della domanda (**31 gennaio 2019**) i seguenti requisiti:

- **Cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti, ovvero:**
  - essere cittadino non comunitario, in possesso di un diritto di soggiorno o di un diritto di soggiorno permanente (entrambi in corso di validità), essendo familiare di un cittadino comunitario (art. 38, comma 1, del D.Lgs. n. 165/2001 e smi);
  - essere cittadino non comunitario con permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo in corso di validità (art. 38, comma 3bis, del D.Lgs. n. 165/2001 e smi);
  - essere cittadino non comunitario titolare dello status di rifugiato in corso di validità (art. 38, comma 3bis, del D.Lgs. n. 165/2001 e smi);
  - essere cittadino non comunitario titolare dello status di protezione sussidiaria in corso di validità (art. 38, comma 3bis, del D.Lgs. n. 165/2001 e smi);
- **Diploma di laurea in Medicina e Chirurgia;**
- **Abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo;**
- **Iscrizione all'Albo Professionale.**
- **Titolo di formazione specifica in medicina generale, o titolo equipollente, come previsto dal decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 e successive modifiche ed integrazioni. Possono altresì presentare domanda di inserimento in graduatoria i medici che nell'anno acquisiranno il titolo di formazione. Il titolo deve essere posseduto ed autocertificato entro il 15 settembre 2019 ai fini dell'inserimento nella graduatoria provvisoria.**

Si prescinde dal requisito del titolo di formazione specifica in medicina generale:

1. per i medici abilitati all'esercizio professionale entro il 31.12.1994 come indicato dal decreto del Ministero della Sanità del 15.12.1994;
2. per i medici titolari alla data del 31.12.1994 di uno dei seguenti incarichi a tempo indeterminato:
  - medico di medicina generale;
  - medico di continuità assistenziale ed emergenza territoriale;
  - medico addetto alla medicina dei servizi;
  - medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna;
  - medico generico fiduciario;
  - medico presso il servizio assistenza sanitaria ai naviganti convenzionato con il Ministero della sanità.

Ai fini della graduatoria sono valutabili solo i titoli di servizio posseduti alla data del **31.12.2018**. La domanda e le dichiarazioni sostitutive **devono essere compilate in modo leggibile**. Ai fini della attribuzione del relativo punteggio, la documentazione allegata deve essere tale da poterne consentire la valutazione e non si terrà conto di quella dalla quale non è possibile dedurre i dati di valutazione.

I medici che erano già presenti nella precedente graduatoria (valevole per l'anno 2019) oltre all'obbligo della presentazione della domanda (pena cancellazione) potranno dichiarare solo i titoli acquisiti nel corso dell'anno 2018, nonché eventuali titoli che comportino modificazioni al precedente punteggio riportato nella graduatoria relativa al 2019.

Potranno presentare altresì, domanda di inserimento in graduatoria nei termini del 31 gennaio 2019, i medici che nell'anno 2019 acquisiranno il titolo di formazione entro il 15 settembre 2019. I medici aspiranti dovranno utilizzare il presente modello ed inviare successivamente il relativo titolo acquisito. I medici in questione saranno inseriti con riserva. **La mancata presentazione del titolo entro il 15 settembre 2019 comporterà l'esclusione d'ufficio dalla graduatoria.**

I medici che presentano la domanda per la prima volta devono barrare la voce "primo inserimento", tutti gli altri devono barrare la voce "integrazione titoli".

**L'omissione o l'incompletezza** dei dati potranno comportare la non valutazione dell'attività e quindi la non attribuzione dei relativi punteggi.

**L'omessa sottoscrizione** della domanda o della dichiarazione sostitutiva, **la mancanza di fotocopia di documento di identità in corso di validità, la spedizione oltre il termine del 31 gennaio 2019,** comportano l'esclusione dall'inserimento nella graduatoria o dalla integrazione per l'aggiornamento del punteggio.

**La domanda può essere presentata a decorrere dal 1° GENNAIO 2019 e entro e non oltre il 31 GENNAIO 2019,** secondo una delle seguenti modalità:

- a) tramite posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo: **sanita\_politichesociali@pec.regione.vda.it** (in quest'ultimo caso, solamente se il/la richiedente sia in possesso di una propria casella di posta elettronica certificata PEC), con l'indicazione dell'oggetto "Domanda per l'inserimento nella graduatoria regionale di settore della Medicina Generale valida per l'anno 2020". Tutti i documenti allegati alla PEC, nel caso in cui questa non sia registrata sul portale INI-PEC, dovranno essere firmati digitalmente in ogni singola pagina e dovranno essere inviati in formato PDF. All'invio deve essere inoltre allegata la scansione di un documento di identità valido e il codice fiscale.

**L'imposta di bollo di € 16.00** dovrà essere assolta in questo caso tramite **BONIFICO BANCARIO** presso qualsiasi banca, come segue:

**BENEFICIARIO: STRUTTURA SANITA' OSPEDALIERA E TERRITORIALE E GESTIONE DEL PERSONALE SANITARIO**

**BANCA: UNICREDIT S.P.A. - IBAN IT 67 Q 02008 01210 000003867729**

**CAUSALE: E0022317 - COGNOME E NOME (dell'interessato) - IMPOSTA-BOLLO. ISTANZE GRADUATORIA MMG 2020**

Allegare copia della ricevuta di avvenuto pagamento dell'imposta di bollo

- a) mediante raccomandata AR, (**con marca da bollo di € 16.00**) al seguente indirizzo a:

**Regione autonoma Valle d'Aosta**

**Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali**

**Struttura sanità ospedaliera e territoriale e gestione del personale sanitario**

**Via de Tillier, 30**

**11100 AOSTA**

In caso di spedizione tramite raccomandata, la data di spedizione della domanda è stabilita e comprovata dalla data apposta dall'Ufficio Postale accettante. In caso di spedizione tramite PEC la data di spedizione della domanda è stabilita e comprovata dalla data di spedizione della comunicazione. L'eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetto.

Si rammenta che ai sensi dell'art. 38 del DPR n. 445/2000, le sottoscrizioni non sono soggette ad autenticazione se l'istanza e le dichiarazioni sostitutive di atto notorio sono inviate unitamente a copia fotostatica, ancorché non autenticate, di un **documento di identità in corso di validità** del sottoscrittore.

A far data dal 1° gennaio 2012, ai sensi dell'art. 15 della legge 12/11/2011, n. 183, recante modifiche al T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa (DPR 28/12/2000, n. 445), le certificazioni rilasciate dalle P.A. in ordine a stati, qualità personali e fatti, sono valide e utilizzabili solo nei rapporti tra privati; nei rapporti con gli organi della P.A. e i gestori di pubblici servizi, i certificati sono sempre sostituiti dalle dichiarazioni sostitutive di certificazione e dall'atto di notorietà. Conseguentemente le P.A. e i gestori di servizi non possono più accertarli né richiederli.

Per accelerare le procedure interne di controllo sulla veridicità della dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio, il medico può integrare la stessa allegando copia fotostatica, non autenticata, dei certificati di servizio di cui è eventualmente in possesso.

### **Nota Bene**

**Ai sensi dell'art. 15 – comma 8 – dell'Accordo Collettivo Nazionale della medicina generale i medici già titolari di incarico a tempo indeterminato i un settore di cui all'articolo 13, comma 1 del presente Accordo possono partecipare per graduatoria regionale solo in un settore diverso da quello in cui sono titolari.**

**La graduatoria PROVVISORIA è resa pubblica entro il 30 settembre 2019** sul sito istituzionale della Regione sito [www.regione.vda.it](http://www.regione.vda.it) - sezione sanità – personale e formazione.

**Entro 15 giorni dalla pubblicazione** i medici interessati possono presentare istanza di riesame della loro posizione in graduatoria.

**La graduatoria DEFINITIVA è pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione autonoma Valle d'Aosta entro il 30 novembre 2019.**

**La pubblicazione su BUR e sul sito istituzionale della Regione costituisce notificazione ufficiale.**

**Il termine del procedimento amministrativo decorre dal giorno successivo alla data di scadenza della domanda e si conclude alla data di pubblicazione della graduatoria definitiva sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma Valle d'Aosta.**

Per eventuali informazioni è possibile contattare, dal lunedì al venerdì dalle ore 09.00 alle ore 12.30, i seguenti numeri telefonici: 0165 274264-274255-274271.

## Formazione della graduatoria regionale di medicina generale valida per l'anno 2020.

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE AUTOCERTIFICAZIONE

*Allegare fotocopia documento di identità*

Esente da imposta di bollo

### Si prega di scrivere in stampatello

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa Cognome..... Nome.....

C.F. .... (Allegare fotocopia del codice fiscale)

ai sensi e agli effetti dell'art. 46 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 recante il Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

#### DICHIARA

1.  di essere cittadino italiano
2.  di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE specificare Paese .....
3.  di essere cittadino del seguente Stato ..... ed in possesso di uno dei requisiti di cui all'articolo 38. commi 1 e 3bis del decreto legislativo n. 165/2001 e s.m.i.
4. di essere iscritto **all'Ordine dei medici** di ..... dal.....;
5. di essere in possesso del **diploma di laurea** in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di..... in data ..... con voto...../110 ..... ;  
(se il voto di laurea non è espresso su 110 ma su 100, occorre specificarlo)
6. di aver conseguito l'**abilitazione** all'esercizio professionale presso l'Università degli Studi di ..... il giorno..... mese ..... anno..... sessione ..... con voto .....
7. di essere in possesso del **titolo di formazione specifica in medicina generale (D.Lgs 368/99 e s.m.i.):**  
corso di formazione relativo agli anni .....  
data inizio corso..... data fine corso.....  
data esami finali..... presso la Regione..... (punti 7.20)
8. di **essere iscritto al Corso di formazione** specifica in medicina generale del triennio 2016/2018, iniziato il..... presso la Regione .....con previsione di conseguimento del titolo **entro il 15 settembre 2019.**
9. di essere in possesso della **specializzazione in discipline equipollenti ed affini a quella di medicina generale** ai sensi della normativa vigente: Specializzazione in.....  
conseguita presso l'Università degli Studi di .....  
in data .....con voto .....  
inizio frequenza.....fine frequenza..... (punti 0.50)
10. di essere in possesso di **certificazione di conoscenza della lingua inglese** non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE) conseguito il .....  
presso ..... (punti 0.20)  
**N.B. allegare copia del certificato**
11. di essere in possesso della **Patente Europea per l'utilizzo del PC (ECDL)** conseguita il .....  
presso ..... (punti 0.20)  
**N.B. allegare copia del certificato ECDL**

12. di essere in possesso **dell'Attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale** conseguito presso ..... il .....
13. di non fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976, del Ministero del Lavoro e della previdenza sociale;
14. di non fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente (tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni della "quota A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM).

## **N.B. INDICARE TUTTI GLI INDIRIZZI COMPLETI**

**Le notizie sopra riportate corrispondono al vero. (nota 1)**

**Data.....**

**Firma per esteso e leggibile .....**

(ai sensi del DPR n. 445/2000, la presente dichiarazione non necessita di autenticazione della firma e sostituisce le normali certificazioni richieste o destinate ad una Pubblica Amministrazione e ai gestori di pubblici servizi, se la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di valido documento di identità del sottoscrittore)

**(nota 1)** Ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci e la falsità in atti, sono punite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.



## Formazione della graduatoria regionale di medicina generale valida per l'anno 2020.

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Esente da imposta di bollo

Il/La sottoscritto/a Dott. Cognome ..... Nome.....

ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 recante il Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

#### Dichiara di essere in possesso dei seguenti titoli di servizio

- Attività, di medico **di assistenza primaria**, sia con incarico a tempo indeterminato che con incarico provvisorio prestata **nella Regione Autonoma Valle d'Aosta**.  
(0.30 punti per mese di attività)  
dal .....al.....presso A.S.L.\*.....  
dal .....al.....presso A.S.L.\*.....  
dal .....al.....presso A.S.L.\*.....
- Attività, di medico **di assistenza primaria**, sia con incarico a tempo indeterminato che con incarico provvisorio, prestata **fuori dalla Regione Autonoma Valle d'Aosta**.  
(0.20 punti per mese di attività)  
dal .....al.....presso A.S.L.\*.....  
dal .....al.....presso A.S.L.\*.....  
dal .....al.....presso A.S.L.\*.....
- Attività di **sostituzione del medico di assistenza primaria** solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiore a 5 giorni continuativi.  
(0.20 per mese di attività)  
dal .....al.....medico\*\*.....presso A.S.L.\*.....  
dal .....al.....medico\*\*.....presso A.S.L.\*.....  
dal .....al.....medico\*\*.....presso A.S.L.\*.....
- Attività di **sostituzione del medico titolare di assistenza primaria dovuta ad attività sindacale** anche se di durata inferiore a 5 giorni continuativi. (punti 0.20 per mese di attività)  
Le sostituzioni effettuate **su base oraria** sono valutate con gli stessi criteri del punto successivo  
(0.20 punti per mese ragguagliato a 96 ore di attività).  
dal .....al.....medico\*\*.....presso A.S.L.\*.....n. ore.....  
dal .....al.....medico\*\*.....presso A.S.L.\*.....n. ore.....  
dal .....al.....medico\*\*.....presso A.S.L.\*.....n. ore.....
- Servizio effettivo **di medico di continuità assistenziale**, con incarico a tempo indeterminato, determinato, provvisorio o anche a titolo di sostituzione.  
(0.20 punti per mese di attività, 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.  
**Per la compilazione vedi l'ALLEGATO A**

\* inserire l'esatto indirizzo dell'Azienda USL

\*\* inserire il nome del medico sostituito

- Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato, provvisorio o anche a titolo di sostituzione nella **emergenza sanitaria territoriale**.  
(0.20 punti per mese di attività) **Per la compilazione vedi l'ALLEGATO B**
- Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o di sostituzione nella **medicina dei servizi territoriali**.  
(0.20 per mese ragguagliato a 96 ore di attività) **Per la compilazione vedi l'ALLEGATO C**
- Servizio effettivo **nelle attività territoriali programmate**. (0.10 per mese di attività ragguagliato a 52 ore)  
**Per la compilazione vedi l'ALLEGATO D**
- **Turni di reperibilità** programmata nei servizi territoriali, di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale ai sensi del nuovo ACN.  
(0.05 punti per mese ragguagliato a 96 ore di attività) **Per la compilazione vedi l'ALLEGATO E**
- Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o anche a titolo di sostituzione di medico di **assistenza penitenziaria/servizio effettivo in rapporto di convenzionamento con il SSN presso gli Istituti penitenziari**.  
A.S.L..... dal..... al.....  
(punti 0.20 per mese di attività ragguagliato a 96 ore di attività)
- Attività di medico addetto **all'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari** sia a tempo indeterminato che di sostituzione per conto del Ministero di Giustizia, ai sensi della Legge 9 ottobre 1970, n. 740.  
A.S.L..... dal..... al.....  
(punti 0.20 per mese di attività)
- Attività medica di **assistenza ai turisti**, organizzata dalle Regioni o dalle Aziende. (0.20 punti per mese )  
dal.....al.....presso A.S.L.\*.....  
dal.....al.....presso A.S.L.\*.....  
dal.....al.....presso A.S.L.\*.....
- **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**.  
A.S.L..... dal..... al.....  
(punti 0.10 per mese di attività)
- **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 **in concomitanza di incarico convenzionale** conferito da Azienda Sanitaria nell'area della medicina generale e solo per il periodo concomitante con tale incarico.  
A.S.L .....dal..... al.....  
(punti 0.20 per mese di attività)
- **Servizio civile volontario** espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della Legge 64/2001, svolto **dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina**.  
A.S.L .....dal..... al.....  
(punti 0.10 per mese, fino ad un massimo di 12 mesi)
- **Servizio civile volontario** espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della Legge 64/2001, svolto **in concomitanza di incarico convenzionale** conferito da Azienda Sanitaria nell'area della medicina generale e solo per il periodo concomitante con tale incarico.  
A.S.L..... dal..... al.....  
(punti 0.20 per mese, fino a un massimo di 12 mesi)

---

\* inserire l'esatto indirizzo dell'Azienda USL

\*\* inserire il nome del medico sostituito

- Attività, anche in forma di sostituzione, **di medico pediatra di libera scelta** se svolta con riferimento ad almeno 70 (settanta) utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi.  
(0.10 punti per mese di attività )  
dal.....al.....medico\*\*.....presso A.S.L.\*.....  
dal.....al.....medico\*\*.....presso A.S.L.\*.....  
dal.....al.....medico\*\*.....presso A.S.L.\*.....
- Attività come **medico specialista ambulatoriale** nella branca di medicina interna, medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici, medico generico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato per il servizio di assistenza sanitaria ai naviganti. (0.05 punti per mese di attività)  
dal.....al.....presso A.S.L.\*.....  
dal.....al.....presso A.S.L.\*.....  
dal.....al.....presso A.S.L.\*.....
- 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.  
(0.20 punti per mese ):  
dal.....al.....presso A.S.L.\*.....  
dal.....al.....presso A.S.L.\*.....  
dal.....al.....presso A.S.L.\*.....  
(Servizio prestato presso aziende termali private accreditate in qualità di dipendente a tempo pieno, con rapporto di lavoro esclusivo e orario non inferiore a 35 ore settimanali.)  
**Per la compilazione vedi ALLEGATO F**

- **Attività di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo, di medico della Polizia di Stato.**  
(0.20 per mese di attività )  
dal.....al.....presso ASL.....
- Servizio effettivo, **svolto in Paesi dell'Unione Europea** riconducibile all'attività di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale e di emergenza sanitaria territoriale; servizio prestato, ai sensi della Legge 11 agosto 2014, n. 125 e assistenza sanitaria prestata da medici italiani ai sensi del Decreto Ministeriale 1° settembre 1988, n. 430. (0.20 per mese di attività)  
dal.....al.....presso ENTE .....STATO.....  
(indicare indirizzo completo sede di attività)

*Il Servizio deve essere attestato con certificazione, in originale o copia conforme all'originale, sottoscritte dal legale rappresentante dell'Ente, con allegata la traduzione in lingua italiana certificata, vistati per conferma dalla competente autorità consolare italiana all'estero.*

*Per i servizi prestati all'estero per i quali è previsto uno specifico provvedimento di riconoscimento (art. 124, comma 2 , decreto legislativo 112/1998) è necessario allegare copia di detto provvedimento.*

**I titoli di servizio effettivo sono determinati dalle sole ore di attività svolte ed i periodi di sospensione dalla attività convenzionale non concorrono al computo, ad eccezione dei periodi di astensione obbligatoria o anticipata per gravidanza.**

A tal fine dichiara di aver usufruito di astensione anticipata o di astensione obbligatoria per gravidanza nei seguenti periodi:

dal.....al.....presso A.S.L.\*.....

dal.....al.....presso A.S.L.\*.....

dal.....al.....presso A.S.L.\*.....

\* inserire l'esatto indirizzo dell'Azienda USL

\*\* inserire il nome del medico sostituito

**EVENTUALMENTE, ALLEGA**

dichiarazione di conformità agli originali: ai sensi degli articoli 19 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazione mendaci, formazione o uso di atti falsi, previste dall'art. 76 del D.P.R. innanzi citato, le allegate fotocopie sono conformi agli originali in proprio possesso:

1. Fotocopia prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ descrizione \_\_\_\_\_
2. Fotocopia prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ descrizione \_\_\_\_\_
3. Fotocopia prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ descrizione \_\_\_\_\_
4. Fotocopia prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ descrizione \_\_\_\_\_
5. Fotocopia prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ descrizione \_\_\_\_\_
6. Fotocopia prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ descrizione \_\_\_\_\_
7. Fotocopia prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ descrizione \_\_\_\_\_
8. Fotocopia prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ descrizione \_\_\_\_\_
9. Fotocopia prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ descrizione \_\_\_\_\_

**Le notizie sopra riportate corrispondono al vero. (nota 1)**

**Data..... Firma per esteso e leggibile .....**

(ai sensi del DPR n. 445/2000, la presente dichiarazione non necessita di autenticazione della firma e sostituisce le normali certificazioni richieste o destinate ad una Pubblica Amministrazione e ai gestori di pubblici servizi, se la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di valido documento di identità del sottoscrittore)

A far data dal 1° gennaio 2012, ai sensi dell'art. 15 della legge 12/11/2011, n. 183, recante modifiche al T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa (DPR 28/12/2000, n. 445), le certificazioni rilasciate dalle P.A. in ordine a stati, qualità personali e fatti, sono valide e utilizzabili solo nei rapporti tra privati; nei rapporti con gli organi della P.A. e i gestori di pubblici servizi, i certificati sono sempre sostituiti dalle dichiarazioni sostitutive di certificazione e dall'atto di notorietà. Conseguentemente le P.A. e i gestori di servizi non possono più accertarli né richiederli

**(nota 1)** Ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci e la falsità negli atti, sono punite dal codice penale. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

**ALLEGATO A**

Dott. Cognome..... Nome.....

Servizio effettivo di medico **di continuità assistenziale**, con incarico a tempo  indeterminato,  
 determinato,  provvisorio o  anche a titolo di sostituzione.  
 (0.20 punti per mese ragguagliato a 96 ore di attività)

A N N O .....

Azienda Sanitaria Locale di .....

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

A N N O .....

Azienda Sanitaria Locale.....

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

**Firma per esteso e leggibile .....**

(ai sensi del DPR n. 445/2000, la presente dichiarazione non necessita di autenticazione della firma e sostituisce le normali certificazioni richieste o destinate ad una Pubblica Amministrazione e ai gestori di pubblici servizi, se la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di valido documento di identità del sottoscrittore)

per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare l'ALLEGATO A

**ALLEGATO B**

Dott. Cognome.....

Nome.....

Servizio effettivo con incarico a tempo  indeterminato,  determinato,  provvisorio o  anche a titolo di sostituzione nella **emergenza sanitaria territoriale**  
(0.20 punti per mese di attività )

A N N O .....

Azienda Sanitaria Locale.....

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

A N N O .....

Azienda Sanitaria Locale.....

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

**Firma per esteso e leggibile .....**

(ai sensi del DPR n. 445/2000, la presente dichiarazione non necessita di autenticazione della firma e sostituisce le normali certificazioni richieste o destinate ad una Pubblica Amministrazione e ai gestori di pubblici servizi, se la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di valido documento di identità del sottoscrittore)

per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare l'ALLEGATO B

**ALLEGATO C**

Dott. Cognome..... Nome.....

Servizio effettivo con incarico a tempo a tempo  indeterminato, o  di sostituzione nella **medicina dei servizi territoriali**

(0.20 punti per mese ragguagliato a 96 ore di attività)

A N N O .....

Azienda Sanitaria Locale di .....

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

A N N O .....

Azienda Sanitaria Locale.....

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

**Firma per esteso e leggibile .....**

(ai sensi del DPR n. 445/2000, la presente dichiarazione non necessita di autenticazione della firma e sostituisce le normali certificazioni richieste o destinate ad una Pubblica Amministrazione e ai gestori di pubblici servizi, se la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di valido documento di identità del sottoscrittore)

per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare l'ALLEGATO C

**ALLEGATO D**

Dott. Cognome ..... Nome.....

Servizio effettivo nelle **attività territoriali programmate**  
(0.10 punti per mese ragguagliato a 52 ore di attività)

A N N O .....

Azienda Sanitaria Locale di .....

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

A N N O .....

Azienda Sanitaria Locale.....

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

**Firma per esteso e leggibile .....**

(ai sensi del DPR n. 445/2000, la presente dichiarazione non necessita di autenticazione della firma e sostituisce le normali certificazioni richieste o destinate ad una Pubblica Amministrazione e ai gestori di pubblici servizi, se la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di valido documento di identità del sottoscrittore)

per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare l'ALLEGATO D



**ALLEGATO E**

Dott. Cognome ..... Nome.....

**Turni di reperibilità programmata nei servizi territoriali, di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale** ai sensi del nuovo ACN  
(0.05 punti per mese di attività ragguagliato a 96 ore )

A N N O .....

Azienda Sanitaria Locale di .....

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

A N N O .....

Azienda Sanitaria Locale.....

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

**Firma per esteso e leggibile .....**

(ai sensi del DPR n. 445/2000, la presente dichiarazione non necessita di autenticazione della firma e sostituisce le normali certificazioni richieste o destinate ad una Pubblica Amministrazione e ai gestori di pubblici servizi, se la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di valido documento di identità del sottoscrittore)

per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare l'ALLEGATO E

**ALLEGATO F**

Dott. Cognome ..... Nome.....

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

*(Servizio prestato presso aziende termali private accreditate in qualità di dipendente a tempo pieno, con rapporto di lavoro esclusivo e orario non inferiore a 35 ore settimanali.)*

(0.20 punti per mese di attività)

A N N O .....

Azienda Sanitaria Locale di .....

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

A N N O .....

Azienda Sanitaria Locale.....

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

**Firma per esteso e leggibile** .....

(ai sensi del DPR n. 445/2000, la presente dichiarazione non necessita di autenticazione della firma e sostituisce le normali certificazioni richieste o destinate ad una Pubblica Amministrazione e ai gestori di pubblici servizi, se la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di valido documento di identità del sottoscrittore)

per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare l'ALLEGATO F