**(Allegato B3)**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ (art. 46 e 47 D.P.R. N. 445 DEL 28/12/2000)**

**TITOLI DI SERVIZIO ED ATTIVITÀ SVOLTA PER L'INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA RISERVATA PER L'AMMISSIONE AL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE 2020-2023 DELLA REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA**

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

**Codice Fiscale** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

- in relazione alla domanda di ammissione tramite graduatoria riservata, senza borsa di studio, ai sensi dell'art. 12 comma 3 del DL 35/2019 convertito con L. 60/2019 e alla DGR n. 1314 del 27/09/2019, al corso triennale di formazione specifica in medicina generale anni 2020/2023, organizzato a tempo pieno, consapevole delle sanzioni amministrative e penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000;
- ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445

**DICHIARA**

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

1. **Attività di medico di assistenza primaria convenzionato, con incarico a tempo indeterminato o con incarico provvisorio, prestata nell' ambito della Regione Valle d'Aosta:** *(p. 0,30 per mese di attività)**

dal.....al..... Azienda.....
dal .....al ..... Azienda.....……
dal.....al..... Azienda.....

2. **Attività di medico di assistenza primaria convenzionato, con incarico a tempo indeterminato o con incarico provvisorio, prestata nell'ambito di altra Regione (*specificare*):** *(p. 0,20 per mese di attività)**

dal ..... al ..... Azienda.....…Regione …….
dal ..... al ..... Azienda.....…Regione …….
dal ..... al ..... Azienda.....…Regione …….
dal ..... al ..... Azienda.....…Regione …….

3. **Attività di sostituzione del medico di assistenza primaria, solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 gg. continuativi:** *(p. 0,20 per mese di attività)**

dal.....al..... medico**..... A.S.L.....

dal.....al..... medico**..... A.S.L.....

dal.....al..... medico**..... A.S.L.....

dal.....al..... medico**..... A.S.L.....

dal.....al..... medico**..... A.S.L.....

dal.....al..... medico**..... A.S.L.....

dal.....al..... medico**..... A.S.L.....

dal.....al..... medico**..... A.S.L.....

dal.....al..... medico**..... A.S.L.....

***** per inserire ulteriori periodi il medico può fotocopiare il prospetto
****** inserire il nominativo del medico sostituito

**4**. **Stessa attività di cui al punto precedente dovuta ad attività sindacale del titolare e sostituzioni d'ufficio, anche se di durata inferiore a 5 giorni continuativi.** *(p.0,20 per mese)**

dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
dal.....al.....medico**.....A.S.L.....

*(p.0,20 per mese ragguagliato a 96 ore di attività)**

**5**. **Stessa attività di cui al punto precedente effettuata su base oraria:**

Anno …… A.S.L. …… 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 _____ |

**Totale ore _____**

**6. Servizio effettivo di medico di continuità assistenziale□ medico di assistenza penitenziaria/servizio effettivo in convenzionamento svolto presso gli Istituti penitenziari□ a tempo indeterminato □, determinato □, provvisorio □ di sostituzione □:** *(barrare l'opzione e indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio)*

*(p.0,20 per mese ragguagliato a 96 ore di attività)**

**Anno..... A.S.L ..... 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 _____ |

**Totale ore _____**

* per inserire ulteriori periodi il medico può fotocopiare il prospetto
** inserire il nominativo del medico sostituito

**Anno..... A.S.L ..... 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 _____

**Totale ore _____**

**7. Servizio effettivo nella emergenza sanitaria territoriale, con incarico a tempo indeterminato □ determinato □ provvisorio □ o di sostituzione □:** *(p.0,20 per mese di attività)**

dal.....al.....A.S.L.....
dal.....al.....A.S.L.....
dal.....al.....A.S.L.....
dal.....al.....A.S.L.....
dal.....al.....A.S.L.....

**8. Servizio effettivo nella medicina dei servizi territoriali con incarico a tempo indeterminato □ o di sostituzione □:**
*(barrare l'opzione e indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio)*
*(p.0,20 per mese ragguagliato a 96 ore di attività)**

**Anno..... A.S.L ..... 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 _____

**Totale ore _____**

**9. 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:** *(p. 0,20 per mese di attività)**

dal _____/_____/_____al _____/_____/_____ Istituto_____
dal _____/_____/_____al _____/_____/_____ Istituto_____
dal _____/_____/_____al _____/_____/_____ Istituto_____
dal _____/_____/_____al _____/_____/_____ Istituto_____

*(p.0,10 per mese ragguagliato a **52 ore** di attività)**

***** per inserire ulteriori periodi il medico può fotocopiare il prospetto

**10. Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate:**

**Anno..... A.S.L ..... 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 _____

**Totale ore _____**

**Anno..... A.S.L ..... 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 _____

**Totale ore _____**

**11. Attività medica di assistenza ai turisti, organizzata dalle Regioni o dalle Aziende UU.SS.LL:**

*(p. 0,20 per mese di attività)**

ASL ……..……di…….. dal …… al……
ASL ……..……di…….. dal …… al……
ASL ……..……di…….. dal …… al……
ASL ……..……di…….. dal …… al……

**12. Turni di reperibilità programmata nei servizi territoriali □ di continuità assistenziale □ di emergenza sanitaria territoriale , ai sensi del presente Accordo** *(barrare l'opzione e indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio):*

*(p.0,05 per mese ragguagliato a 96 ore di attività)**

**Anno..... A.S.L .....di …….…..... Servizio 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 _____

**Totale ore _____**

**Anno..... A.S.L .....di ……..…….....…... Servizio 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 _____

**Totale ore _____**

**13. 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 gg. continuativi:** *(p. 0,10 per mese di attività)**

dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
dal.....al.....medico**.....A.S.L.....

**14. Attività di medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna □, medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici □, medico generico fiduciario□, medico di ambulatorio convenzionato per il servizio di assistenza ai naviganti □:** *(barrare l'opzione)* *(p. 0,05 per mese di attività)**

Ente …….. di ……..…….... dal …….al .....
Ente ……..…… di ……..…… dal …….al .....
Ente ……..…….…. di ……..…… dal …….al .....
ASL. ……..……..…… di ……..…… dal …….al .....
ASL……..…….. di ……..…… dal …….al .....

**15. 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 e Chirurgia:** *(p.0,10 per mese)*

dal _____/_____/_____al _____/_____/_____ presso_____

***** per inserire ulteriori periodi il medico può fotocopiare il prospetto
****** inserire il nominativo del medico sostituito

**16. Servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) anche in qualità di Ufficiale Medico di complemento, svolto in concomitanza di incarico convenzionale conferito da Azienda sanitaria nell'area della medicina generale, e solo per il periodo concomitante con tale incarico:** *(p.0,20 per mese)*

dal _____/_____/_____al _____/_____/_____ presso_____

**17. Servizio civile volontario espletato per finalità o scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della Legge 6 marzo 2001 n. 64 istitutiva del "Servizio civile nazionale", svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia**:
*(massimo 12 mesi - p. 0,10 per mese di attività,)*

dal……... al ……Servizio:……svolto presso …….

dal……... al ……Servizio:……svolto presso …….

**18: Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della Legge 6 marzo 2001 n. 64 istitutiva del "Servizio civile nazionale", svolto in concomitanza di incarico convenzionale conferito da Azienda Sanitaria nell'area della medicina generale e solo per il periodo concomitante con tale incarico:**
*(p.0,20 per mese)*

dal……... al ……Servizio:……svolto presso…….

**19. Attività di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo □ o medico di Polizia di Stato□** *(barrare l'opzione)*
*(p. 0,20 per mese di attività)**

dal _____/_____/_____al _____/_____/_____ presso_____

dal _____/_____/_____al _____/_____/_____ presso_____

**20. Servizio prestato presso aziende termali private accreditate (con le modalità di cui all'art. 8 legge 24 ottobre 2000 n. 323), equiparato all'attività di continuità assistenziale, in qualità di dipendente a tempo pieno con rapporto di lavoro esclusivo e orario non inferiore a 35 ore settimanal**i: *(indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio)*
*(p. 0,20 per mese di attività)**

***** per inserire ulteriori periodi il medico può fotocopiare il prospetto

**Anno**……. **Stabilimento Termale** ……**Comune 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 _____ |

**Totale ore _____**

**Anno**……. **Stabilimento Termale** ……**Comune 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 _____

**Totale ore _____**

**21. Servizio effettivo, svolto in paesi della 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 ed assistenza sanitaria prestata da medici italiani ai sensi del D.M. 1° settembre 1988, n. 430:** *(p. 0,20 per mese di attività) **

Ente ….....……. Stato …… dal ……..… al …….
Ente …….....….. Stato …… dal ……..… al …….
Ente …….....….. Stato …… dal ……..… al …….
Ente …….....….. Stato …… dal ……..… al …….

**La sottoscritta dichiara di aver usufruito di astensione anticipata o di astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio nei seguenti periodi:**

dal _____/_____/_____al _____/_____/_____ presso Azienda _____
dal _____/_____/_____al _____/_____/_____ presso Azienda _____
dal _____/_____/_____al _____/_____/_____ presso Azienda _____
dal _____/_____/_____al _____/_____/_____ presso Azienda _____

**Il/La sottoscritto/a dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)**

**Luogo e data _____** **Firma per esteso (*2*) _____**

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

***(2) Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento d'identità del dichiarante.***

**Recapiti degli Enti/ASL/Istituti indicati nella presente domanda**

***Ai sensi della L. 12/11/2011, n. 183, recante modifiche al D.P.R. 445/2000 (T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa), le amministrazioni pubbliche sono tenute ad acquisire d'ufficio le informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive, previa indicazione, da parte dell'interessato, degli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti.***

Ente/ASL /Istituto _____

Indirizzo _____

C.A.P. _____ Comune di _____Prov. _____

Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Ente/ASL /Istituto _____

Indirizzo _____

C.A.P. _____ Comune di _____Prov. _____

Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Ente/ASL /Istituto _____

Indirizzo _____

C.A.P. _____ Comune di _____Prov. _____

Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Ente/ASL /Istituto _____

Indirizzo _____

C.A.P. _____ Comune di _____Prov. _____

Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Ente/ASL /Istituto _____

Indirizzo _____

C.A.P. _____ Comune di _____Prov. _____

Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Ente/ASL /Istituto _____

Indirizzo _____

C.A.P. _____ Comune di _____Prov. _____

Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Ente/ASL /Istituto _____

Indirizzo _____

C.A.P. _____ Comune di _____Prov. _____

Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

**Luogo e data _____** **Firma per esteso (*1*) _____**

***(1) Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento d'identità del dichiarante.***