



**REGIONE CAMPANIA**  
**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE ALLA GRADUATORIA**  
**REGIONALE ANNO 2019 - VALEVOLE PER L'ANNO 2020**

**Alla Direzione Generale per la Tutela  
della Salute ed il Coordinamento  
del Sistema Sanitario Regionale  
NAPOLI**

MARCA DA  
BOLLO  
€ .....

**PRIMO INSERIMENTO**

**INTEGRAZIONE TITOLI**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ sesso: M  F  codice fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

indirizzo: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

secondo quanto previsto dall'art. 15 dell'A.C.N. per la medicina generale 23/03/2005 e s.m.i.,

**chiede**

l'inserimento nella graduatoria regionale di medicina generale, a valere per l'anno \_\_\_\_\_

**dichiara**

**Pena esclusione dalla presente graduatoria**

Di essere **titolare di incarico a tempo indeterminato** nella

**In Regione Campania**

- |   |                    |           |           |
|---|--------------------|-----------|-----------|
| <input type="checkbox"/> Assistenza Primaria      | presso la ASL..... | DSB ..... | dal ..... |
| <input type="checkbox"/> Continuità Assistenziale | presso la ASL..... | DSB ..... | dal ..... |
| <input type="checkbox"/> Dirigente Territoriale   | presso la ASL..... | DSB ..... | dal ..... |
- (Ex Medicina dei Servizi)
- |   |                    |           |           |
|---|--------------------|-----------|-----------|
| <input type="checkbox"/> Emergenza Sanitaria Territoriale 118 | presso la ASL..... | DSB ..... | dal ..... |
|---|--------------------|-----------|-----------|

Di essere **titolare di incarico a tempo indeterminato** nella

Regione \_\_\_\_\_

- Assistenza Primaria presso la ASL..... DSB ..... dal .....
  - Continuità Assistenziale presso la ASL..... DSB ..... dal .....
  - Dirigente Territoriale presso la ASL..... DSB ..... dal .....
- (Ex Medicina dei Servizi)
- Emergenza Sanitaria territoriale 118 presso la ASL..... DSB ..... dal .....

Di essere **Titolare di altro incarico**

- Specialista Ambulatoriale presso la ASL..... DSB ..... dal .....
  - Specialista Ambulatoriale accreditato presso ..... dal.....
  - Pediatra di libera scelta convenzionato con il SSN presso la ASL..... DSB ..... dal .....
  - Dipendente Ospedaliero presso Azienda.....dal.....
  - Dipendente Azienda Sanitaria presso Azienda..... dal.....
  - Incaricato c/o strutture sanitarie a qualsiasi titolo, stabilimenti o istituzioni private convenzionate; presso..... dal.....
  - Incaricato presso stabilimenti termali presso..... dal.....
  - Fruisca del trattamento di pensione dal.....
  - Svolga funzioni fiscali per conto dell'Azienda o dell'INPS presso..... dal.....
  - Iscritto al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale in Regione..... dal.....
  - Iscritto alla Scuola di Specializzazione in .....Presso l'Università..... di..... dal.....
- **Di non ricoprire alcun incarico**

**dichiara (facoltativo)**

la propria disponibilità all'inserimento nelle graduatorie aziendali per l'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o per sostituzioni nelle seguenti Aziende e settori di attività: (\*)

	<u>AP</u>	<u>CA</u>	<u>MS</u>	<u>EST</u>
Azienda _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Azienda _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Azienda _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Azienda _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Azienda _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Azienda _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- (\*) AP assistenza primaria  
CA continuità assistenziale  
MS medicina dei servizi territoriali  
EST emergenza sanitaria territoriale

Allega alla presente domanda:

- n. \_\_\_\_ dichiarazioni sostitutive di certificazione;
- n. \_\_\_\_ dichiarazioni sostitutive dell'atto notorio;
- n. \_\_\_\_ altre certificazioni;

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata a:

- propria residenza;
- seguente indirizzo: Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## Allegato A

## Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(art. 46 DPR n. 445 del 28/12/2000)

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

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:

### DICHIARA

- di essere cittadino italiano;
- di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE (specificare) \_\_\_\_\_;
- di essere cittadino del seguente Stato \_\_\_\_\_ ed in possesso di uno dei requisiti di cui all'art.38, commi 1 e 3bis del D.lgs n.165/2001 e s.m.i. (cfr. punto 1a delle "Avvertenze Generali");
- di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ con voto \_\_\_/\_\_\_;\*  
\* occorre specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_
- di essere in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale (D.lgs 368/99 e s.m.i.) conseguito il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso la Regione \_\_\_\_\_;  
data di inizio corso \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ data di fine corso \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
- di essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale del triennio \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, iniziato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso la Regione \_\_\_\_\_ con previsione di conseguimento del titolo entro il 15 settembre p.v. (cfr. punto 1d delle "Avvertenze Generali");
- di essere in possesso della specializzazione in medicina generale, o disciplina equipollente o affine:  
(indicare la specializzazione)  
\_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ con frequenza dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_;  
\_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ con frequenza dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_;  
\_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ con frequenza dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_;
- di essere in possesso di certificato di conoscenza della lingua inglese conseguito il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;  
(cfr. punto 6 delle "Avvertenze Generali");
- di essere in possesso della Patente Europea per l'utilizzo del PC conseguita il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale conseguito presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_;
- 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 Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- 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).



Stessa attività di cui al punto precedente dovuta ad attività sindacale del titolare, anche se di durata inferiore a 5 gg.:

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ medico \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ medico \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ medico \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ medico \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ medico \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ medico \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ medico \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ medico \_\_\_\_\_

Attività di sostituzione del titolare effettuata su base oraria:

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ medico \_\_\_\_\_ ore \_\_\_  
dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ medico \_\_\_\_\_ ore \_\_\_  
dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ medico \_\_\_\_\_ ore \_\_\_  
dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ medico \_\_\_\_\_ ore \_\_\_  
dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ medico \_\_\_\_\_ ore \_\_\_  
dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ medico \_\_\_\_\_ ore \_\_\_  
dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ medico \_\_\_\_\_ ore \_\_\_  
dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ medico \_\_\_\_\_ ore \_\_\_

Servizio effettivo di medico di continuità assistenziale, con incarico a tempo indeterminato, determinato, provvisorio o di sostituzione:

**Anno:** \_\_\_\_\_ **Azienda** \_\_\_\_\_

Gennaio	dal ___/___/___/ore ___	Luglio	dal ___/___/___/ore ___
Febbraio	dal ___/___/___/ore ___	Agosto	dal ___/___/___/ore ___
Marzo	dal ___/___/___/ore ___	Settembre	dal ___/___/___/ore ___
Aprile	dal ___/___/___/ore ___	Ottobre	dal ___/___/___/ore ___
Maggio	dal ___/___/___/ore ___	Novembre	dal ___/___/___/ore ___
Giugno	dal ___/___/___/ore ___	Dicembre	dal ___/___/___/ore ___

**Anno:** \_\_\_\_\_ **Azienda** \_\_\_\_\_

Gennaio	dal ___/___/___/ore ___	Luglio	dal ___/___/___/ore ___
Febbraio	dal ___/___/___/ore ___	Agosto	dal ___/___/___/ore ___
Marzo	dal ___/___/___/ore ___	Settembre	dal ___/___/___/ore ___
Aprile	dal ___/___/___/ore ___	Ottobre	dal ___/___/___/ore ___
Maggio	dal ___/___/___/ore ___	Novembre	dal ___/___/___/ore ___
Giugno	dal ___/___/___/ore ___	Dicembre	dal ___/___/___/ore ___

**Anno:** \_\_\_\_\_ **Azienda** \_\_\_\_\_

Gennaio	dal ___/___/___/ore ___	Luglio	dal ___/___/___/ore ___
Febbraio	dal ___/___/___/ore ___	Agosto	dal ___/___/___/ore ___
Marzo	dal ___/___/___/ore ___	Settembre	dal ___/___/___/ore ___
Aprile	dal ___/___/___/ore ___	Ottobre	dal ___/___/___/ore ___
Maggio	dal ___/___/___/ore ___	Novembre	dal ___/___/___/ore ___

Giugno dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ore\_\_\_      Dicembre dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ore\_\_\_

Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato, provvisorio o di sostituzione nella emergenza sanitaria territoriale:

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_

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

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore \_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore \_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore \_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore \_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore \_\_\_

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:

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Istituto \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Istituto \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Istituto \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Istituto \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Istituto \_\_\_\_\_

Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate:

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore \_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore \_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore \_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore \_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore \_\_\_

Attività medica di assistenza ai turisti organizzata dalle Regioni o dalle Aziende:

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_

Turni di reperibilità programmata nei servizi territoriali, di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale, ai sensi del presente Accordo:

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore \_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore \_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore \_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore \_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore \_\_\_

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 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ medico \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ medico \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ medico \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ medico \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ medico \_\_\_\_\_

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 ai naviganti:

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

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:

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

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:

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della Legge n.64/2001, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia:

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della Legge n.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:

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

Attività di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo, di medico della Polizia di Stato:

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_



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 \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

(\*) 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.

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 ed assistenza sanitaria prestata da medici italiani ai sensi del Decreto Ministeriale 1 settembre 1988, n. 430: (\*)

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

(\*) il servizio deve essere attestato con certificazioni, 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 sanitari 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.

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 \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso Azienda \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara inoltre:

- di  non avere  avere subito provvedimenti di revoca del rapporto convenzionale di medico di medicina generale. In caso affermativo indicare la data di revoca del rapporto convenzionale \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e l'Azienda che ha adottato il provvedimento \_\_\_\_\_;
- che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1).

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ (2)

(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 e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento d'identità del dichiarante.

## AVVERTENZE GENERALI

1. I medici che aspirano all'iscrizione nella graduatoria devono presentare annualmente la propria domanda e possedere, alla data di scadenza dei termini per la presentazione della stessa, i seguenti requisiti:
    - a. cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE. Possono chiedere l'iscrizione i familiari di cittadini europei non aventi la cittadinanza di uno Stato membro che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente, i cittadini di Paesi terzi che siano titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o che siano titolari dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria;
    - b. diploma di laurea in Medicina e Chirurgia;
    - c. iscrizione all'Albo professionale;
    - d. titolo di formazione specifica in medicina generale o titolo equipollente di cui al D.lgs., 368/1999 e s.m.i (abilitazione all'esercizio professionale conseguita entro il 31 dicembre 1994). Possono presentare domanda i medici che nell'anno acquisiranno il titolo di formazione, che dovrà essere posseduto ed autocertificato entro il 15 settembre p.v.;
  2. I medici allegano alla domanda le dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio concernenti i titoli valutabili ai fini della graduatoria. Possono presentare annualmente allegati integrativi dei titoli aggiuntivi rispetto a quelli precedentemente presentati.
  3. La domanda, in bollo, deve essere trasmessa con modalità telematica definita dalla Regione entro il 31 gennaio di ogni anno all'Assessorato regionale alla Sanità o all'Azienda Sanitaria individuata. Sono fatte salve differenti modalità di trasmissione disposte dalla Regione.
  4. La mancata sottoscrizione della domanda o della dichiarazione sostitutiva, la trasmissione oltre il termine di scadenza comportano l'esclusione dalla graduatoria.
  5. I titoli devono essere documentati:
    - a. con dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell'art.46 del DPR 445/2000 (Allegato A alla domanda), per i titoli accademici e di studio;
    - b. con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, ai sensi dell'art.47 del DPR n. 445/2000, (Allegato B alla domanda), per i titoli di servizio prestato presso una Amministrazione Pubblica o un gestore di Pubblico Servizio;
    - c. i titoli conseguiti presso soggetti privati o esteri devono essere allegati alla domanda di partecipazione in originale o in copia legale o autenticata ai sensi di legge.
- L'omissione o l'incompletezza dei dati comporteranno la non attribuzione dei relativi punteggi. L'autocertificazione dovrà pertanto indicare esattamente il numero delle ore di attività svolte, il periodo di svolgimento e l'Azienda/Ente presso la quale è stata svolta l'attività.
- Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere.
6. La conoscenza della lingua inglese (Allegato A) deve essere documentata dal possesso di certificato non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE).
  7. Ai fini della graduatoria sono valutabili solo i titoli accademici, di studio e di servizio posseduti al 31 dicembre dell'anno precedente, nonché il diploma di formazione specifica in medicina generale conseguito ed autocertificato entro il 15 settembre del corrente anno.

**Informativa resa all'interessato per il trattamento di dati personali.**

Ai sensi del Regolamento Europeo 27 aprile 2016 n.2016/679/UE e del Codice della Privacy, D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 modificato dal D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101, si informa che:

- i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente per le finalità strettamente necessarie e connesse alla formazione della graduatoria regionale di medicina generale valida per l'anno\_\_\_\_. Per tali finalità l'acquisizione dei dati è necessaria e il loro mancato conferimento, o una loro omissione, comporterà l'esclusione dalla procedura.
- il trattamento viene effettuato mediante strumenti cartacei, informatici, telematici e telefonici.
- l'interessato ha diritto di accedere ai dati che lo riguardano, di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione se non pertinenti o raccolti in modo non conforme alle norme. L'interessato può, altresì, opporsi al trattamento per motivi legittimi.
- i dati personali saranno pubblicati sul sito istituzionale e sul Bollettino Ufficiale della Regione\_\_\_\_\_;
- Titolare del trattamento dei dati è \_\_\_\_\_
- Responsabile del trattamento dei dati è \_\_\_\_\_

Si autorizza l'Amministrazione al trattamento dei propri dati personali.

Data\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_