

RACCOMANDATA A.R.

**DOMANDA DI PRIMO INSERIMENTO  
NELLE GRADUATORIE REGIONALI DELLA  
MEDICINA GENERALE VALIDE PER L'ANNO 2019**

MARCA DA BOLLO  
EURO 16,00

**REGIONE CALABRIA  
DIPARTIMENTO TUTELA DELLA SALUTE  
SETTORE 3  
CITTADELLA REGIONALE  
LOCALITA' GERMANETO  
88100 CATANZARO**

\_\_\_ sottoscritt \_\_\_ Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_ il \_\_\_\_\_ M \_\_\_ F \_\_\_ Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Comune di residenza \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

n. \_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA**

di inserimento, secondo quanto previsto dall'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale ex art. 8 del D.L.vo 30.12.92, n. 502 e s.m.i., nella graduatoria regionale di medicina generale, a valere per l'anno 2019, relativamente all'attività nel settore di: (barrare il settore che interessa).

- Assistenza Primaria;
- Continuità Assistenziale
- Emergenza Sanitaria Territoriale (Possono essere inseriti coloro che si sono laureati prima dell' anno 1994 e sono in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale; mentre coloro che si sono laureati dopo l'anno 1994 devono essere in possesso “ **del diploma di formazione specifica in medicina generale** e dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale).

**A tal fine acclude alla presente la seguente documentazione:**

- a) Autocertificazione informativa;
- b) Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà;
- c) **fotocopia di un documento in corso di validità firmato**

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata AL SEGUENTE INDIRIZZO

c/o \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_

Ai sensi delle disposizioni contenute nel “Codice in materia di protezione dei dati personali” approvato con D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196, si autorizza il trattamento dei dati personali contenuti nella presente domanda e nei relativi allegati, nei limiti degli adempimenti istituzionali previsti dal Contratto Nazionale.

Data \_\_\_\_\_

**FIRMA per esteso** \_\_\_\_\_

Avvertenze importanti; Ai fini dell'attribuzione del punteggio, la dichiarazione dei titoli accademici e di servizio deve essere presentata in modo tale da poterne consentire la valutazione e non si terrà conto di quella dalla quale non è possibile dedurre i dati di valutazione. Pertanto nella dichiarazione dell'attività svolta vanno indicati in modo completo, specificando, ove richiesto, la tipologia di incarico (a tempo determinato, indeterminato), i mesi di attività e per ciascun mese le ore effettivamente svolte. E' necessaria inoltre l'esatta indicazione della ASL e/o dell'Ente presso il quale il servizio è stato prestato.

	Parte riservata all'ufficio																			
<b>I Titoli accademici o di studio</b>																				
<p>Diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università di _____</p> <p>in data _____ con voto:</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 110/110</td> <td></td> <td rowspan="4" style="text-align: center;">Punti 1,00</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 110/110 e lode</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 100/100</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 100/100 e lode</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 105/110 a 109/110</td> <td>Voto _____/110</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">Punti 0,50</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 95/100 a 99/100</td> <td>Voto _____/100</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 100/110 a 104/110</td> <td>Voto _____/110</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">Punti 0,30</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 90/100 a 94/100</td> <td>Voto _____/100</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 110/110		Punti 1,00	<input type="checkbox"/> 110/110 e lode		<input type="checkbox"/> 100/100		<input type="checkbox"/> 100/100 e lode		<input type="checkbox"/> 105/110 a 109/110	Voto _____/110	Punti 0,50	<input type="checkbox"/> 95/100 a 99/100	Voto _____/100	<input type="checkbox"/> 100/110 a 104/110	Voto _____/110	Punti 0,30	<input type="checkbox"/> 90/100 a 94/100	Voto _____/100	= punti
<input type="checkbox"/> 110/110		Punti 1,00																		
<input type="checkbox"/> 110/110 e lode																				
<input type="checkbox"/> 100/100																				
<input type="checkbox"/> 100/100 e lode																				
<input type="checkbox"/> 105/110 a 109/110	Voto _____/110	Punti 0,50																		
<input type="checkbox"/> 95/100 a 99/100	Voto _____/100																			
<input type="checkbox"/> 100/110 a 104/110	Voto _____/110	Punti 0,30																		
<input type="checkbox"/> 90/100 a 94/100	Voto _____/100																			
<p>Specializzazione o libera docenza in medicina generale o disciplina equipollente ai sensi del D.M. 10.3.83 tab.B</p> <p>specializzazione in _____ specializzazione in _____</p>	Totale n. ____ X 2,00																			
<p>Specializzazione o libera docenza nelle discipline affini alla medicina generale, ai sensi del D.M. 10.3.83 tab.B</p> <p>specializzazione in _____ specializzazione in _____</p>	Totale n. x 0,50																			
<p><b>Attestato di formazione in medicina generale</b> di cui all'art. 1, comma 2 o all'art. 2, comma 2, del D.L.vo n. 256/91 e di cui alla legge 277/2003 (punti 7,20) conseguito il _____ presso: _____</p> <p>specificare data di inizio e data di conclusione del corso di formazione: data inizio corso _____ data fine corso _____</p>	= punti																			
<p><b>Attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale</b> di cui all'art. 96, comma della ACN conseguito il _____ presso: _____</p> <p>specificare data di inizio e data di conclusione del corso di formazione: data inizio corso _____ data fine corso _____</p>																				

<b>II Titoli di servizio</b>	Punteggio Stessa Regione	Punteggio Altra Regione
<p><b>Attività di assistenza primaria convenzionata</b>, con incarico a tempo:</p> <p><input type="checkbox"/> indeterminato, <input type="checkbox"/> determinato ANNO _____</p> <p>ASP _____ MEDICO _____</p> <p>Gennaio dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Febbraio dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Marzo dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Aprile dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Maggio dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Giugno dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Luglio dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Agosto dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Settembre dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Ottobre dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Novembre dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Dicembre dal _____ al _____ ore _____</p>	<p>Totale Mesi X 0,30. p. _____</p>	<p>Totale Mesi X 0,20. _____</p>
<p><b>Attività di sostituzione del medico di assistenza primaria convenzionato</b> (solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi):</p> <p>ANNO _____</p> <p>ASP _____ MEDICO _____</p> <p>Gennaio dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Febbraio dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Marzo dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Aprile dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Maggio dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Giugno dal _____ al _____ ore _____</p> <p>Luglio dal _____ al _____ ore _____</p>	<p>Totale Mesi X 0,20. p. _____</p>	

<p>Agosto dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Settembre dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Ottobre dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Novembre dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Dicembre dal_____ al_____ ore_____</p>		
<p>Stessa attività di cui al punto precedente dovuta <b>ad attività sindacale</b> e sostituzioni d'ufficio anche se didurata inferiore a 5 gg. (3). Le sostituzioni effettuate subbase oraria ai sensi dell'art. 23 sono valutate con glistessi criteri di cui al Titolo II, lett. c)</p>		
<p><b>ASP</b> _____ <b>MEDICO</b> _____ <b>ANNO</b> _____</p> <p>—</p> <p>Gennaio dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Febbraio dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Marzo dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Aprile dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Maggio dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Giugno dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Luglio dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Agosto dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Settembre dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Ottobre dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Novembre dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Dicembre dal_____ al_____ ore_____</p>	<p>Totale Mesi X 0,20. P. _____</p>	
<p>Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione nella</p>		
<p><b>EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE</b> <input type="checkbox"/> indeterminato, <input type="checkbox"/> determinato</p>		
<p>Anno:..... <b>ASP</b> _____</p>		
<p>Gennaio dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Febbraio dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Marzo dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Aprile dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Maggio dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Giugno dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Luglio dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Agosto dal_____ al_____ ore_____</p>		

Settembre	dal_____	al_____	ore_____		
Ottobre	dal_____	al_____	ore_____		
Novembre	dal_____	al_____	ore_____		
Dicembre	dal_____	al_____	ore_____		
<b>Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione di CONTINUITA' ASSISTENZIALE (per mese, ragguagliato a 96 ore di attività)</b> <input type="checkbox"/> indeterminato, <input type="checkbox"/> determinato <b>Anno:..... ASP_____</b> Gennaio      dal_____      al_____      ore_____				Totale Mesi X 0,20. p. _____	
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_____		
<b>Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate: per ogni mese di attività corrispondente a 52 ore:</b> <input type="checkbox"/> indeterminato, <input type="checkbox"/> determinato <b>Anno:..... ASP_____</b> Gennaio      dal_____      al_____      ore_____				(*)  Totale Mesi X 0,10. p. _____	
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_____		
<p><b>Attività programmata nei servizi territoriali</b> di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale in forma <b>di reperibilità ai sensi</b> del presente accordo ( per mese, ragguagliato a 96 ore di attività)</p> <p><b>Anno:..... ASP_____</b></p> <p>Gennaio dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Febbraio dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Marzo dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Aprile dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Maggio dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Giugno dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Luglio dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Agosto dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Settembre dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Ottobre dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Novembre dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Dicembre dal_____ al_____ ore_____</p>	(*)	Totale Mesi X 0,05. p. _____
<p>Attività medica nei <b>servizi di assistenza stagionale</b> nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende: (per mese)</p> <p><b>Anno:..... ASP_____</b></p> <p>Gennaio dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Febbraio dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Marzo dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Aprile dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Maggio dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Giugno dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Luglio dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Agosto dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Settembre dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Ottobre dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Novembre dal_____ al_____ ore_____</p>	(*)	Totale Mesi X 0,20. p. _____
		PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Dicembre dal_____ al_____ ore_____		
Servizio <b>militare di leva o sostitutivo nel servizio civile</b> , svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina, anche in qualità di ufficiale medico di Complemento (per mese per un massimo di 12 mesi) <b>Anno:..... ASP_____</b> dal _____ al _____	(*) Totale Mesi X 0,10. p. _____	
Servizio militare di leva <b>o sostitutivo nel servizio civile, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina, anche in qualità di ufficiale medico di complemento, ed in concomitanza di incarico, anche provvisorio</b> , di medicina generale e limitatamente al periodo di concomitanza. (per mese) <b>Anno:..... ASP_____</b> dal _____ al _____ presso _____ dal _____ al _____ presso _____	(*) Totale Mesi X 0,20. p. _____	
<b>servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale</b> svolto <b>dopo la laurea in medicina e chirurgia:</b> (per mese per un massimo di 12 mesi) <b>Anno:..... ASP_____</b> dal _____ al _____ presso _____ dal _____ al _____ presso _____	(*) Totale Mesi X 0,10. p. _____	
servizio civile <b>volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale</b> svolto <b>in concomitanza di incarico ai sensi del presente Accordo:</b> (per mese per un massimo di 12 mesi) <b>Anno:..... ASP_____</b> dal _____ al _____ presso _____ dal _____ al _____ presso _____	(*) Totale Mesi X 0,20. p. _____	
Attività di <b>medico pediatra di libera scelta</b> , anche in forma di sostituzione, se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi (per mese di attività). <b>Anno:..... ASP_____</b> <b>PLS_____</b>  Gennaio dal_____ al_____ ore_____ Febbraio dal_____ al_____ ore_____ Marzo dal_____ al_____ ore_____ Aprile dal_____ al_____ ore_____ Maggio dal_____ al_____ ore_____	Totale Mesi X 0,10. p. _____	

Giugno	dal_____	al_____	ore_____		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_____		
<p>Attività come <b>medico specialista ambulatoriale</b> nella branca di medicina interna, e medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici, medico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato con il Ministero della Sanità per il servizio di assistenza ai naviganti. (0,05 punti per mese di attività)</p> <p><b>Anno:..... ASP_____</b></p> <p>presso _____</p> <p>Gennaio dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Febbraio dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Marzo dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Aprile dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Maggio dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Giugno dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Luglio dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Agosto dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Settembre dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Ottobre dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Novembre dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Dicembre dal_____ al_____ ore_____</p>				(*)	Totale Mesi X 0,05. P. _____
				PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO	
<p><b>Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria nelle carceri</b>, sia a tempo indeterminato che di sostituzione, e di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo per ogni mese di attività:</p> <p><b>Anno:..... ASP_____ PRESSO LA CASA</b></p> <p><b>CIRCONDARIALE DI _____</b></p> <p>Gennaio dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Febbraio dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Marzo dal_____ al_____ ore_____</p> <p>Aprile dal_____ al_____ ore_____</p>				(*)	Totale Mesi X 0,20. P. _____



Maggio	dal_____	al_____	ore_____	ore_____
Giugno	dal_____	al_____	ore_____	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_____	
<b>Servizio prestato presso aziende termali, (Legge 24 ottobre 2000 n.323 art.8), equiparato all'attività di continuità assistenziale, per ogni mese complessivo di attività</b> <b>Anno:..... ASP_____</b> <b>ENTE_____ -</b>				(*)  Totale Mesi X 0,20. P. _____
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_____	
<b>Servizio effettivo di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale, di emergenza territoriale, svolto in paesi dell'Unione Europea, ai sensi della legge 9 febbraio 1979 n.38, della legge 10 luglio 1960 n.735 e successive modificazioni e del decreto ministeriale 1° settembre 1988 n.430: per ciascun mese complessivo</b> <b>Anno:..... ASP_____</b>				(*)  Totale Mesi X 0,20 p. _____  <b>PARTE  RISERVATA  ALL'UFFICIO</b>

Aprile	dal_____	al_____	ore_____	ore_____
Maggio	dal_____	al_____	ore_____	ore_____
Giugno	dal_____	al_____	ore_____	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_____	
<b>Data</b>			<b>Firma del medico</b>	
_____			_____	
			Totale punteggio complessivo	
			_____	

(\*) Punteggio per attività prestate indipendentemente dalla regione di appartenenza

N.B.: Le sostituzioni sono valutabili solo se effettuate a medico di medicina generale con più di 100 utenti, e a medico pediatra con almeno 70 utenti. Tali indicazioni devono essere espressamente dichiarate nel certificato rilasciato dall'Ente interessato.

#### AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

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

a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

iscritto all'Albo dei \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_

ai sensi e agli effetti dell'art. 4, legge 4 gennaio 1968, n° 15 dichiara formalmente di:

- essere titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (1).

Soggetto \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Tipo di rapporto di

lavoro \_\_\_\_\_ Periodo: dal \_\_\_\_\_

- non essere titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (1).

- essere titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo

Nazionale con massimale di n° \_\_\_\_\_ scelte e con n° \_\_\_\_\_ scelte in carico con riferimento al riepilogo

mensile del mese di \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_

non essere titolare di incarico come medico di assistenza primaria

---

essere titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° \_\_\_\_\_ scelte Periodo dal \_\_\_\_\_

non essere titolare di incarico come medico pediatra di libera

---

essere titolare di incarico come specialista ambulatoriale convenzionato interno

a tempo indeterminato

tempo o a tempo determinato: (1)

Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

non essere titolare di incarico a o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno

---

essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (1)

Provincia \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ Periodo: dal \_\_\_\_\_

non essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni

---

avere un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n.502/92:

Azienda \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_ Periodo: dal \_\_\_\_\_

non avere apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n.502/92:

---

essere titolare di incarico nella continuità assistenziale

a tempo indeterminato

a tempo determinato

nella Regione

altra regione (1): Regione \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

in forma attiva

in forma di disponibilità

non essere titolare di incarico nella continuità assistenziale

---

essere titolare di incarico nella emergenza sanitaria territoriale

a tempo indeterminato

- a tempo determinato
- nella Regione
- altra regione (1): Regione \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ in
- in forma attiva
- in forma di disponibilità
- non essere titolare di incarico nella emergenza sanitaria territoriale
- 

- essere iscritto a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:

Denominazione del corso \_\_\_\_\_ Soggetto pubblico che lo svolge  
\_\_\_\_\_ inizio dal \_\_\_\_\_

- non essere iscritto a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:
- 

- operare a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni.

Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Comune  
di \_\_\_\_\_ Tipo di attività \_\_\_\_\_ Tipo di rapporto di lavoro Periodo: dal  
\_\_\_\_\_

- non operare a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni.
- 

- operare qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:

Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
Comune di \_\_\_\_\_ Tipo di attività \_\_\_\_\_  
Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_ Periodo: dal \_\_\_\_\_

- non operare qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:
- 

- svolgere funzioni di medico di fabbrica (1) o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:

Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Comune  
di \_\_\_\_\_ Periodo: dal \_\_\_\_\_

- non svolgere funzioni di medico di fabbrica (1) o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:
- 

- svolgere per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del  
quale può acquisire scelte: (1) Azienda \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

non svolgere per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte.

avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (1) \_\_\_\_\_ Periodo: dal \_\_\_\_\_

non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:

---

essere titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale:

\_\_\_\_\_

non essere titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale.

---

fruire del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale periodo: dal \_\_\_\_\_

non fruire del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale.

---

svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

\_\_\_\_\_ Periodo: dal \_\_\_\_\_

non svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

---

essere titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato: (1)

Azienda \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Tipo di attività \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Periodo: dal \_\_\_\_\_

non essere titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato:

---

svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti) \_\_\_\_\_

non svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

\_\_\_\_\_

---

operare a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7):

Soggetto pubblico \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ Tipo di attività \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro: \_\_\_\_\_ Periodo: dal \_\_\_\_\_

non operare a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7):

---

essere titolare di trattamento di pensione. : (1) \_\_\_\_\_ Periodo: dal \_\_\_\_\_

non essere titolare di trattamento di pensione.

---

fruire di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto

precedente : (1) soggetto erogante il trattamento pensionistico \_\_\_\_\_

Pensionato dal \_\_\_\_\_

NOTE: \_\_\_\_\_

non fruire di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto precedente :

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

(1) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE"

**AVVERTENZE per l'accesso alle graduatorie Medici di medicina generale**

DIPLOMA DI LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA AL 31 DICEMBRE 1994 (Per i titoli di studio conseguiti all'estero allegare il provvedimento di riconoscimento di equipollenza).

- PER CHI SI E' LAUREATO SUCCESSIVAMENTE AL 31 DICEMBRE 1994 E' OBBLIGATORIO IL POSSESSO DEL DIPLOMA DI FORMAZIONE IN MEDICINA GENERALE
- CHI E' ISCRITTO ALL'ALBO PROFESSIONALE.

**PER ESSERE ISCRITTI NEL SETTORE DELL'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE E' OBBLIGATORIO:**

- PER CHI SI E' LAUREATO SUCCESSIVAMENTE AL 31 DICEMBRE 1994 E' OBBLIGATORIO IL POSSESSO DEL DIPLOMA DI FORMAZIONE IN MEDICINA ED ESSERE IN POSSESSO DELL'ATTESTATO DI ABILITAZIONE ALL'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

**SI PRECISA PERTANTO, CHE IL MEDICO CHE E' SOLO IN POSSESSO DELL'ATTESTATO D'ABILITAZIONE ALL'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE NON PUO' FARE DOMANDA**

LA DOMANDA E' UNICA PER I TRE SETTORI ED E' NECESSARIO INDICARE IL SETTORE CHE INTERESSA E DEL QUALE NON SI E' TITOLARE mentre annualmente possono essere presentate domande integrative dei titoli aggiuntivi rispetto a quelli precedentemente allegati.

**SI PRECISA:**

1. Nel caso in cui non è stata prestata attività per una o più delle attività della medicina generale e non ci sono titoli aggiuntivi rimane confermato il punteggio della precedente graduatoria e **non è necessario fare domanda**;
2. **i medici titolari d'incarico a tempo indeterminato** per una o più delle attività della medicina generale, **non possono fare domanda di inserimento** per il settore di attività nel quale sono già convenzionati, **ma possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento** (ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, reso esecutivo il 29.7.2009, art. 15, comma 11).