**DOMANDA DI INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA REGIONALE DELLA MEDICINA
GENERALE VALIDA PER L'ANNO 2021**

Spazio per apposizione
della marca da bollo, da
annullare con data e firma

**ALLA REGIONE CALABRIA
DIPARTIMENTO TUTELA DELLA SALUTE
SERVIZI TERRITORIALI E PERSONALE CONVENZIONATO
CITTADELLA REGIONALE LOC. GERMANETO
88100 CATANZARO**

pec: dipartimento.tuteladellasalute@pec.regione.calabria.it

Il/La sottoscritto/a Dott/Dott.ssa			
nato/a a		Prov.	Il
Codice fiscale		Residente a	
Prov.	Indirizzo		n°
CAP	Tel	Cell	
Indirizzo PEC			

CHIEDE

l'inserimento nella graduatoria regionale della medicina generale valida per l'anno 2021 ai sensi dell'art. 15 dell'A.C.N. 23.03.2005 e s.m.i. e che ogni comunicazione venga indirizzata esclusivamente al seguente indirizzo PEC:

--

A tal fine dichiara:

di essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale

ovvero

di essere in attesa di conseguire l'attestato di formazione specifica in medicina generale da acquisire, autocertificare e trasmettere a mezzo PEC entro il 15 settembre 2020;

di aver preso visione di quanto esplicitato nelle "Avvertenze ed istruzioni per la compilazione della domanda e delle dichiarazioni sostitutive" allegate alla presente istanza di inclusione nella graduatoria regionale dei medici di medicina generale valida per l'anno 2021.

Acclude alla presente:

- dichiarazioni sostitutive di certificazione (allegato A);
- dichiarazioni sostitutive dell'atto notorio per i servizi prestati (Allegato B);
- certificato di conoscenza della lingua inglese (QCE);
- patente europea per l'utilizzo del P.C. (ECDL);
- copia di documento di identità in corso di validità;
- dichiarazione bollo (Allegato C)
- autorizzazione al trattamento dei dati personali (Allegato D)

Luogo e data

Firma autografa leggibile

Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(artt. 46 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a Dott/Dott.ssa		
nato/a a	Prov.	il

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:
☐ di essere cittadino del seguente Stato: ed in possesso di uno dei requisiti di cui all'art. 38, commi 1 e 3 bis del D. Lgs n. 165/2001 e s.m.i.

di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di:	
	in data:
con voto:	

di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale	
in data:	presso l'Università di:

di essere iscritto/a 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 inizio corso	data fine corso	

☐ di essere iscritto al Corso di formazione specifica in medicina generale del triennio 2017/2019	
iniziato il	presso la Regione
con previsione di conseguimento del titolo entro il 15 settembre 2020	

☐ di essere in possesso della specializzazione in medicina generale, o disciplina equipollente o affine (indicare la specializzazione):	
specializzazione in	data:
conseguita presso l'Università:	
con frequenza dal	al

specializzazione in	data:
conseguita presso l'Università:	
con frequenza dal	al

☐ di essere in possesso di certificato di conoscenza della lingua inglese non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE)	
conseguito il	presso
(Allegare copia del certificato, in mancanza di allegazione il punteggio non può essere attribuito)	

☐ di essere in possesso della Patente Europea per l'utilizzo del PC (ECDL)	
conseguita il	presso
(Allegare copia del certificato, in mancanza di allegazione il punteggio non può essere attribuito)	

☐ di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale	
conseguito il	presso

ATTENZIONE spuntare la condizione in cui il candidato si trova in entrambi i riquadri sottostanti:

☐ di fruire di 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 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 fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente
☐ di non fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente
☐ di fruire di trattamento di quiescenza beneficiando delle sole prestazioni della "quota A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM

Luogo e data

Firma autografa leggibile

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(art. 47 DPR n. 445 del 28/12/2000)

ALLEGATO B

TITOLI DI SERVIZIO E ATTIVITÀ SVOLTA

Il/La sottoscritto/a Dott.

--

Nato/a a	il
----------	----

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 il possesso dei seguenti titoli di servizio:

1) Attività di **assistenza primaria** convenzionata, sia con incarico a tempo indeterminato che con incarico provvisorio **nell'ambito della Regione Calabria:**

(punti 0,30 per mese di attività)

ANNO	Azienda Sanitaria Provinciale:						
Gennaio	Dal	Al	Ore	Luglio	Dal	Al	Ore
Febbraio	Dal	Al	Ore	Agosto	Dal	Al	Ore
Marzo	Dal	Al	Ore	Settembre	Dal	Al	Ore
Aprile	Dal	Al	Ore	Ottobre	Dal	Al	Ore
Maggio	Dal	Al	Ore	Novembre	Dal	Al	Ore
Giugno	Dal	Al	Ore	Dicembre	Dal	Al	Ore

2) Attività di **assistenza primaria** convenzionata, sia con incarico a tempo indeterminato che con incarico provvisorio svolto **in un'altra regione:**

(punti 0,20 per mese di attività)

ANNO	Azienda Sanitaria Provinciale:						
Gennaio	Dal	Al	Ore	Luglio	Dal	Al	Ore
Febbraio	Dal	Al	Ore	Agosto	Dal	Al	Ore
Marzo	Dal	Al	Ore	Settembre	Dal	Al	Ore
Aprile	Dal	Al	Ore	Ottobre	Dal	Al	Ore
Maggio	Dal	Al	Ore	Novembre	Dal	Al	Ore
Giugno	Dal	Al	Ore	Dicembre	Dal	Al	Ore

3) Attività di **sostituzione del medico di assistenza primaria** convenzionato solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi:

(punti 0,20 per mese di attività)

ANNO	Azienda Sanitaria Provinciale:						
Gennaio	Dal	Al	Ore	Luglio	Dal	Al	Ore
Febbraio	Dal	Al	Ore	Agosto	Dal	Al	Ore
Marzo	Dal	Al	Ore	Settembre	Dal	Al	Ore
Aprile	Dal	Al	Ore	Ottobre	Dal	Al	Ore
Maggio	Dal	Al	Ore	Novembre	Dal	Al	Ore
Giugno	Dal	Al	Ore	Dicembre	Dal	Al	Ore

4) Attività di sostituzione del medico di assistenza primaria dovuta ad **attività sindacale** anche se di durata inferiore a 5 gg.:

(punti 0,20 per mese di attività)

Le sostituzioni **effettuate su base oraria** sono valutate con gli stessi criteri di cui al successivo punto 5):

(punti 0,20 per mese ragguagliato a 96 h. di attività)

ANNO	Azienda Sanitaria Provinciale:						
Gennaio	Dal	Al	Ore	Luglio	Dal	Al	Ore
Febbraio	Dal	Al	Ore	Agosto	Dal	Al	Ore
Marzo	Dal	Al	Ore	Settembre	Dal	Al	Ore
Aprile	Dal	Al	Ore	Ottobre	Dal	Al	Ore
Maggio	Dal	Al	Ore	Novembre	Dal	Al	Ore
Giugno	Dal	Al	Ore	Dicembre	Dal	Al	Ore

5) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato, provvisorio o anche a titolo di sostituzione di **continuità assistenziale** in forma attiva:

(punti 0,20 per mese di attività, ragguagliato a 96 h. di attività)

BARRARE LA SOLA CASELLA CORRISPONDENTE ALLA TIPOLOGIA DI INCARICO EFFETTUATO

ANNO	Azienda Sanitaria Provinciale:						
Gennaio	Dal	Al	Ore	Luglio	Dal	Al	Ore
Febbraio	Dal	Al	Ore	Agosto	Dal	Al	Ore
Marzo	Dal	Al	Ore	Settembre	Dal	Al	Ore
Aprile	Dal	Al	Ore	Ottobre	Dal	Al	Ore
Maggio	Dal	Al	Ore	Novembre	Dal	Al	Ore
Giugno	Dal	Al	Ore	Dicembre	Dal	Al	Ore

ANNO		Azienda Sanitaria Provinciale:					
Gennaio	Dal	Al	Ore	Luglio	Dal	Al	Ore
Febbraio	Dal	Al	Ore	Agosto	Dal	Al	Ore
Marzo	Dal	Al	Ore	Settembre	Dal	Al	Ore
Aprile	Dal	Al	Ore	Ottobre	Dal	Al	Ore
Maggio	Dal	Al	Ore	Novembre	Dal	Al	Ore
Giugno	Dal	Al	Ore	Dicembre	Dal	Al	Ore

ANNO		Azienda Sanitaria Provinciale:					
Gennaio	Dal	Al	Ore	Luglio	Dal	Al	Ore
Febbraio	Dal	Al	Ore	Agosto	Dal	Al	Ore
Marzo	Dal	Al	Ore	Settembre	Dal	Al	Ore
Aprile	Dal	Al	Ore	Ottobre	Dal	Al	Ore
Maggio	Dal	Al	Ore	Novembre	Dal	Al	Ore
Giugno	Dal	Al	Ore	Dicembre	Dal	Al	Ore

ANNO		Azienda Sanitaria Provinciale:					
Gennaio	Dal	Al	Ore	Luglio	Dal	Al	Ore
Febbraio	Dal	Al	Ore	Agosto	Dal	Al	Ore
Marzo	Dal	Al	Ore	Settembre	Dal	Al	Ore
Aprile	Dal	Al	Ore	Ottobre	Dal	Al	Ore
Maggio	Dal	Al	Ore	Novembre	Dal	Al	Ore
Giugno	Dal	Al	Ore	Dicembre	Dal	Al	Ore

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

(punti 0,20 per mese di attività, ragguagliato a 96 h. di attività)

BARRARE LA SOLA CASELLA CORRISPONDENTE ALLA TIPOLOGIA DI INCARICO EFFETTUATO

ANNO		Azienda Sanitaria Provinciale:					
Gennaio	Dal	Al	Ore	Luglio	Dal	Al	Ore
Febbraio	Dal	Al	Ore	Agosto	Dal	Al	Ore
Marzo	Dal	Al	Ore	Settembre	Dal	Al	Ore
Aprile	Dal	Al	Ore	Ottobre	Dal	Al	Ore
Maggio	Dal	Al	Ore	Novembre	Dal	Al	Ore
Giugno	Dal	Al	Ore	Dicembre	Dal	Al	Ore

7) Servizio effettivo nelle **attività territoriali programmate:**

(punti 0,10 per mese di attività, ragguagliato a 52 h. di attività)

ANNO	Azienda Sanitaria Provinciale:						
Gennaio	Dal	Al	Ore	Luglio	Dal	Al	Ore
Febbraio	Dal	Al	Ore	Agosto	Dal	Al	Ore
Marzo	Dal	Al	Ore	Settembre	Dal	Al	Ore
Aprile	Dal	Al	Ore	Ottobre	Dal	Al	Ore
Maggio	Dal	Al	Ore	Novembre	Dal	Al	Ore
Giugno	Dal	Al	Ore	Dicembre	Dal	Al	Ore

8) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato, provvisorio o anche a titolo di sostituzione nella **emergenza sanitaria territoriale**:

(punti 0,20 per mese di attività)

BARRARE LA CASELLA CORRISPONDENTE ALLA TIPOLOGIA DI INCARICO EFFETTUATO

ANNO	Azienda Sanitaria Provinciale:						
Gennaio	Dal	Al	Ore	Luglio	Dal	Al	Ore
Febbraio	Dal	Al	Ore	Agosto	Dal	Al	Ore
Marzo	Dal	Al	Ore	Settembre	Dal	Al	Ore
Aprile	Dal	Al	Ore	Ottobre	Dal	Al	Ore
Maggio	Dal	Al	Ore	Novembre	Dal	Al	Ore
Giugno	Dal	Al	Ore	Dicembre	Dal	Al	Ore

ANNO	Azienda Sanitaria Provinciale:						
Gennaio	Dal	Al	Ore	Luglio	Dal	Al	Ore
Febbraio	Dal	Al	Ore	Agosto	Dal	Al	Ore
Marzo	Dal	Al	Ore	Settembre	Dal	Al	Ore
Aprile	Dal	Al	Ore	Ottobre	Dal	Al	Ore
Maggio	Dal	Al	Ore	Novembre	Dal	Al	Ore
Giugno	Dal	Al	Ore	Dicembre	Dal	Al	Ore

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

(punti 0,20 per mese di attività)

ANNO	Azienda Sanitaria Provinciale:						
Gennaio	Dal	Al	Ore	Luglio	Dal	Al	Ore
Febbraio	Dal	Al	Ore	Agosto	Dal	Al	Ore
Marzo	Dal	Al	Ore	Settembre	Dal	Al	Ore
Aprile	Dal	Al	Ore	Ottobre	Dal	Al	Ore
Maggio	Dal	Al	Ore	Novembre	Dal	Al	Ore

Giugno	Dal	Al	Ore	Dicembre	Dal	Al	Ore
---------------	-----	----	-----	-----------------	-----	----	-----

10) Turni di **reperibilità** programmata nei servizi territoriali, di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale, ai sensi del presente accordo:

(punti 0,05 per mese di attività ragguagliato a 96 h. di attività)

ANNO	Azienda Sanitaria Provinciale:						
Gennaio	Dal	Al	Ore	Luglio	Dal	Al	Ore
Febbraio	Dal	Al	Ore	Agosto	Dal	Al	Ore
Marzo	Dal	Al	Ore	Settembre	Dal	Al	Ore
Aprile	Dal	Al	Ore	Ottobre	Dal	Al	Ore
Maggio	Dal	Al	Ore	Novembre	Dal	Al	Ore
Giugno	Dal	Al	Ore	Dicembre	Dal	Al	Ore

ANNO	Azienda Sanitaria Provinciale:						
Gennaio	Dal	Al	Ore	Luglio	Dal	Al	Ore
Febbraio	Dal	Al	Ore	Agosto	Dal	Al	Ore
Marzo	Dal	Al	Ore	Settembre	Dal	Al	Ore
Aprile	Dal	Al	Ore	Ottobre	Dal	Al	Ore
Maggio	Dal	Al	Ore	Novembre	Dal	Al	Ore
Giugno	Dal	Al	Ore	Dicembre	Dal	Al	Ore

11) 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

(punti 0,10 per mese di attività)

ANNO	Azienda Sanitaria Provinciale:						
Gennaio	Dal	Al	Ore	Luglio	Dal	Al	Ore
Febbraio	Dal	Al	Ore	Agosto	Dal	Al	Ore
Marzo	Dal	Al	Ore	Settembre	Dal	Al	Ore
Aprile	Dal	Al	Ore	Ottobre	Dal	Al	Ore
Maggio	Dal	Al	Ore	Novembre	Dal	Al	Ore
Giugno	Dal	Al	Ore	Dicembre	Dal	Al	Ore

12) 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:

(punti 0,05 per mese di attività)

ANNO	Azienda Sanitaria Provinciale:						
Gennaio	Dal	Al	Ore	Luglio	Dal	Al	Ore

Febbraio	Dal	Al	Ore	Agosto	Dal	Al	Ore
Marzo	Dal	Al	Ore	Settembre	Dal	Al	Ore
Aprile	Dal	Al	Ore	Ottobre	Dal	Al	Ore
Maggio	Dal	Al	Ore	Novembre	Dal	Al	Ore
Giugno	Dal	Al	Ore	Dicembre	Dal	Al	Ore

13) **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:

(punti 0,20 per mese di attività)

ANNO	Azienda Sanitaria Provinciale:						
Gennaio	Dal	Al	Ore	Luglio	Dal	Al	Ore
Febbraio	Dal	Al	Ore	Agosto	Dal	Al	Ore
Marzo	Dal	Al	Ore	Settembre	Dal	Al	Ore
Aprile	Dal	Al	Ore	Ottobre	Dal	Al	Ore
Maggio	Dal	Al	Ore	Novembre	Dal	Al	Ore
Giugno	Dal	Al	Ore	Dicembre	Dal	Al	Ore

14) **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**:

(punti 0,10 per mese di attività)

ANNO	Azienda Sanitaria Provinciale:						
Gennaio	Dal	Al	Ore	Luglio	Dal	Al	Ore
Febbraio	Dal	Al	Ore	Agosto	Dal	Al	Ore
Marzo	Dal	Al	Ore	Settembre	Dal	Al	Ore
Aprile	Dal	Al	Ore	Ottobre	Dal	Al	Ore
Maggio	Dal	Al	Ore	Novembre	Dal	Al	Ore
Giugno	Dal	Al	Ore	Dicembre	Dal	Al	Ore

15) **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**:

(punti 0,10 per mese di attività per un massimo di 12 mesi)

ANNO	Azienda Sanitaria Provinciale:						
Gennaio	Dal	Al	Ore	Luglio	Dal	Al	Ore
Febbraio	Dal	Al	Ore	Agosto	Dal	Al	Ore
Marzo	Dal	Al	Ore	Settembre	Dal	Al	Ore
Aprile	Dal	Al	Ore	Ottobre	Dal	Al	Ore
Maggio	Dal	Al	Ore	Novembre	Dal	Al	Ore
Giugno	Dal	Al	Ore	Dicembre	Dal	Al	Ore

16) **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 medicina generale e solo per il periodo concomitante con tale incarico:

(punti 0,20 per mese di attività per un massimo di 12 mesi)

ANNO	Azienda Sanitaria Provinciale:						
Gennaio	Dal	Al	Ore	Luglio	Dal	Al	Ore
Febbraio	Dal	Al	Ore	Agosto	Dal	Al	Ore
Marzo	Dal	Al	Ore	Settembre	Dal	Al	Ore
Aprile	Dal	Al	Ore	Ottobre	Dal	Al	Ore
Maggio	Dal	Al	Ore	Novembre	Dal	Al	Ore
Giugno	Dal	Al	Ore	Dicembre	Dal	Al	Ore

17) Attività di **ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo, di medico della Polizia di Stato**

(punti 0,20 per mese di attività)

ANNO	Azienda Sanitaria Provinciale:						
Gennaio	Dal	Al	Ore	Luglio	Dal	Al	Ore
Febbraio	Dal	Al	Ore	Agosto	Dal	Al	Ore
Marzo	Dal	Al	Ore	Settembre	Dal	Al	Ore
Aprile	Dal	Al	Ore	Ottobre	Dal	Al	Ore
Maggio	Dal	Al	Ore	Novembre	Dal	Al	Ore
Giugno	Dal	Al	Ore	Dicembre	Dal	Al	Ore

18) 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:**

(punti 0,20 per mese di attività ragguagliato a 96 h. di attività)

ANNO	Azienda Sanitaria Provinciale:						
Gennaio	Dal	Al	Ore	Luglio	Dal	Al	Ore
Febbraio	Dal	Al	Ore	Agosto	Dal	Al	Ore
Marzo	Dal	Al	Ore	Settembre	Dal	Al	Ore
Aprile	Dal	Al	Ore	Ottobre	Dal	Al	Ore
Maggio	Dal	Al	Ore	Novembre	Dal	Al	Ore
Giugno	Dal	Al	Ore	Dicembre	Dal	Al	Ore

19) 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.

(punti 0,20 per mese di attività)

ANNO	Azienda Sanitaria Provinciale:						
Gennaio	Dal	Al	Ore	Luglio	Dal	Al	Ore
Febbraio	Dal	Al	Ore	Agosto	Dal	Al	Ore
Marzo	Dal	Al	Ore	Settembre	Dal	Al	Ore
Aprile	Dal	Al	Ore	Ottobre	Dal	Al	Ore
Maggio	Dal	Al	Ore	Novembre	Dal	Al	Ore
Giugno	Dal	Al	Ore	Dicembre	Dal	Al	Ore

20) 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 (*):

(punti 0,20 per mese di attività)

ANNO	Azienda Sanitaria Provinciale:						
Gennaio	Dal	Al	Ore	Luglio	Dal	Al	Ore
Febbraio	Dal	Al	Ore	Agosto	Dal	Al	Ore
Marzo	Dal	Al	Ore	Settembre	Dal	Al	Ore
Aprile	Dal	Al	Ore	Ottobre	Dal	Al	Ore
Maggio	Dal	Al	Ore	Novembre	Dal	Al	Ore
Giugno	Dal	Al	Ore	Dicembre	Dal	Al	Ore

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

21) Servizio effettivo, **svolto in Paesi dell'Unione Europea**, riconducibile all'attività di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale, 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 *

(punti 0,20 per mese di attività)

ANNO	Azienda Sanitaria Provinciale:						
Gennaio	Dal	Al	Ore	Luglio	Dal	Al	Ore
Febbraio	Dal	Al	Ore	Agosto	Dal	Al	Ore
Marzo	Dal	Al	Ore	Settembre	Dal	Al	Ore
Aprile	Dal	Al	Ore	Ottobre	Dal	Al	Ore
Maggio	Dal	Al	Ore	Novembre	Dal	Al	Ore
Giugno	Dal	Al	Ore	Dicembre	Dal	Al	Ore

(*) Provvedimento n. _____ del _____

Rilasciato da:

() Il Servizio deve essere attestato con certificazioni in originale o copie conformi 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.*

Ai sensi del D. Lgs. 31/03/1998 n° 112, art. 124, è trasferito alle regioni il riconoscimento del servizio sanitario prestato all'estero ai fini dell'accesso alle convenzioni con le USL per l'assistenza generica e specialistica. Tale riconoscimento deve essere effettuato dalla Regione di residenza dell'interessato. Per i servizi per i quali è previsto uno specifico provvedimento di riconoscimento 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
Dal	Al	presso
Dal	Al	presso

N.B. : *Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (art.75 del DPR 445/2000). Ai fini della validità la dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato e inviata insieme alla copia fotostatica di un valido documento d'identità del dichiarante.*

Luogo e data

Firma autografa leggibile

ALLEGATO C

**MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO DOVUTA
PER LA PRESENTAZIONE DI ISTANZE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**

Spazio per apposizione della marca da bollo, da annullare con data e firma

Il/La sottoscritto/a Dott/Dott.ssa		
nato/a a	Prov.	Il
Codice fiscale		

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 aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo dovuta per l'istanza di inserimento nella graduatoria regionale della medicina generale della Regione Calabria valevole per l'anno 2021 con la marca da bollo sopra apposta e annullata.
- di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini di successivi controlli.

Luogo e data

Firma autografa leggibile

Avvertenze

1) Il presente modulo, provvisto della marca da bollo (annullata secondo le indicazioni di cui al punto 2), deve essere debitamente compilato e sottoscritto con firma autografa del dichiarante e deve essere allegato alla domanda di inserimento nella graduatoria regionale della medicina generale della Regione Calabria valevole per l'anno 2021.

2) La marca da bollo, applicata nell'apposito spazio, dovrà essere annullata tramite l'apposizione della data e la firma sulla stessa e parte del modulo.

3) **Il codice identificativo della marca da bollo a 14 cifre deve essere riportato nell'apposito spazio posto in alto a sinistra del modulo di domanda.**

ALLEGATO D

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI 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 2021. Per tali finalità **l'acquisizione dei dati è necessaria e la mancata autorizzazione al trattamento degli stessi può comportare l'esclusione dalla procedura;**
- il trattamento viene effettuato mediante strumenti cartacei e informatici;
- i dati saranno conservati presso gli archivi cartacei e/o informatizzati esistenti presso il Dipartimento DIPARTIMENTO TUTELA DELLA SALUTE SERVIZI TERRITORIALI E PERSONALE CONVENZIONATO CITTADELLA REGIONALE LOC. GERMANETO 88100 CATANZARO. Essi saranno conservati per il periodo di tempo stabilito dalle norme in materia di conservazione di atti e documenti della Pubblica Amministrazione;
- l'interessato ha diritto di accedere ai dati che lo riguardano;
- i dati relativi al nominativo dell'istante ed il punteggio saranno pubblicati sul sito istituzionale Dipartimento Tutela della Salute, Politiche Sanitarie e nel Bollettino Ufficiale della Regione Calabria; gli altri dati possono essere comunicati, per finalità istituzionali e in base a disposizioni di legge, alle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale;
- i dati raccolti, fatta salva la pubblicazione e le comunicazioni di cui sopra, non saranno diffusi e non saranno oggetto di comunicazione a soggetti diversi da quelli abilitati al trattamento senza suo esplicito consenso;
- il Titolare del trattamento è la Regione Calabria con sede in LOC. GERMANETO 88100 CATANZARO, Tel. 0862 3631, nella persona del Presidente pro-tempore; pec: presidente@pec.regione.calabria.it
- il Responsabile della protezione dei dati è la Dott.ssa Giuseppina Fersini Tel.0961 856022; email g.fersini@regione.calabria.it ;
- Il Responsabile del trattamento è il Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e-mail: dgtutelasalute@regione.calabria.it; pec: dipartimento.tuteladellasalute@pec.regione.calabria.it

Il/La sottoscritto/a Dott/Dott.ssa

nato/a a

Prov.

Il

dichiara

di aver ricevuto l'informativa che precede ed esprime il consenso al trattamento dei dati.

Luogo e data

Firma autografa leggibile

AVVERTENZE E ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLA DOMANDA E DELLE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE

1) AVVERTENZE GENERALI:

La domanda di inclusione nella graduatoria deve essere presentata ogni anno e può contenere o le sole dichiarazioni concernenti titoli e servizi precedentemente non autocertificati che comportino modificazioni al precedente punteggio a norma dell'art. 16 (art. 15, comma 3 A.C.N. 23.03.2005 come modificato dall'A.C.N. 21.06.2018) ovvero contenere tutti i titoli ed i servizi già autocertificati nelle precedenti istanze. In quest'ultimo caso non si terrà conto delle autocertificazioni prodotte negli anni precedenti che saranno interamente sostituite da quelle indicate nella presente istanza.

2) REQUISITI PER L'ACCESSO:

I medici che aspirano ad essere inseriti nella graduatoria della medicina generale devono possedere, alla data di scadenza del termine per la presentazione della domanda, i seguenti requisiti:

- cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti;
- diploma di laurea in medicina e chirurgia;
- abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo;
- iscrizione all'Albo professionale;
- essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale, o titolo equipollente, come previsto dal D.lgs. 17 agosto 1999, n. 368 e successive modifiche ed integrazioni, ovvero essere in attesa di conseguire l'attestato di formazione specifica in medicina generale, da conseguire, autocertificare e trasmettere entro il 15/09/2020.

ATTENZIONE: i medici che debbano conseguire in corso d'anno l'attestato di formazione possono essere inseriti nella graduatoria provvisoria solamente a condizione che dell'avvenuta acquisizione del titolo sia prodotta autocertificazione entro il 15 settembre 2020. L'autocertificazione deve essere trasmessa esclusivamente a mezzo PEC alla REGIONE CALABRIA – Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie – Settore Servizi Territoriali e Personale Convenzionato indirizzo pec: dipartimento.tuteladellasalute@pec.regione.calabria.it

INCOMPATIBILITA':

I medici che aspirano ad essere inseriti nella graduatoria della medicina generale non devono trovarsi nelle condizioni di cui all'art. 17, comma 2, lettere b) e f) dell'Accordo Collettivo Nazionale del 23.03.2005, così come modificato dall'Accordo del 21.06.2018 (cfr. art. 8 commi 1 e 2), ovvero non devono:

- fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15.10.1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- 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”.

ATTENZIONE: si raccomanda ai candidati di compilare correttamente le dichiarazioni relative al trattamento di invalidità e di quiescenza nell’allegato “A”, in quanto la sussistenza delle condizioni ivi previste possono precludere all’istante il diritto di inclusione nella graduatoria. Pertanto, laddove la Regione non possa acquisire le predette informazioni dal richiedente dovrà procedere all’esclusione.

3) MODALITA’ DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA E DELLE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE:

La domanda, compilata e debitamente sottoscritta, e i relativi allegati **devono essere spediti esclusivamente a mezzo PEC**, alla REGIONE CALABRIA – Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie – Settore Servizi Territoriali e Personale Convenzionato indirizzo pec: dipartimento.tuteladellasalute@pec.regione.calabria.it entro e non oltre il **31 gennaio 2020**.

L’oggetto della PEC dovrà contenere SOLO la seguente dicitura: **DOMANDA GRADUATORIA MMG**.

La domanda può essere prodotta:

- con un unico FILE, **in formato PDF**, contenente sia la domanda che tutti gli allegati;
- con FILE distinti, **in formato PDF**, ciascuno contenente la domanda e i singoli allegati;
- **con un’unica PEC**, salvo che risulti impossibile, per le dimensioni del o dei FILE; in tal caso il candidato potrà trasmettere più PEC specificando nelle successive che si tratta di integrazioni alla domanda, sempre nel termine massimo del 31/01/2020;

La domanda e gli allegati (ad eccezione del documento di identità) NON possono essere prodotti

- 1) **con FILE FORMATO IMMAGINE O CON FOTOGRAFIE DIGITALI (Jpeg e similari);**
- 2) **con SINGOLI FILE, anche in formato PDF, relativi a ciascuna facciata/pagina dei documenti trasmessi.**

La domanda e gli allegati, ove l’interessato sia in possesso di firma digitale, potranno essere sottoscritti digitalmente nelle forme stabilite dalla legge.

Inoltre la domanda deve essere in regola con le vigenti norme in materia di imposta di bollo dell’importo di euro 16,00. Ai fini della relativa dimostrazione dovrà essere debitamente compilato, sottoscritto e trasmesso, in allegato alla medesima PEC, il Modulo Allegato C e sul modello di domanda dovrà essere indicato, nell’apposito spazio, il codice numerico composto da 14 cifre rilevabili dal contrassegno. Si chiarisce che, con Risoluzione n. 89/E del 2016, l’Agenzia delle Entrate ha evidenziato che, nel caso di pagamento dell’imposta di bollo mediante contrassegno telematico, il contribuente deve curare la conservazione del contrassegno utilizzato entro il termine di decadenza triennale previsto per l’accertamento da parte dell’Amministrazione finanziaria (art. 37 del D.P.R. n. 642 del 1972).

Ai fini della validità della domanda e delle dichiarazioni sostitutive deve essere allegata la fotocopia di un documento di identità o di riconoscimento equipollente in corso di validità.

4) MOTIVI DI ESCLUSIONE:

Sono motivi di esclusione:

- 1) la mancata sottoscrizione della domanda o delle dichiarazioni sostitutive di certificazione;
- 2) la mancata allegazione di valido documento di identità o riconoscimento equipollente;
- 3) la mancanza dei requisiti di ammissione;
- 4) la spedizione della domanda oltre il termine perentorio del 31 gennaio 2020 o con modalità diverse dalla PEC;
- 5) per i candidati in attesa di conseguire l’attestato di formazione specifica in medicina generale, la mancata autocertificazione e trasmissione, a mezzo PEC, entro la data del 15 settembre 2020;
- 6) la mancanza di autorizzazione al trattamento dei dati personali, ove non prodotta con la domanda e/o integrata a seguito di formale richiesta della Regione.

5) MODALITA' DI DOCUMENTAZIONE DEI TITOLI ACCADEMICI, DI STUDIO, DI SERVIZIO E CERTIFICAZIONI DI STATI PERSONALI:

Ai sensi del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. i titoli accademici di studio, di servizio e le certificazioni di stati personali, devono essere prodotti utilizzando:

- per i titoli accademici di studio e per le certificazioni di stati personali, la dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell'art.46 del D.P.R. n. 445/2000;
- per i titoli di servizio, la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, ai sensi dell'art.47 del D.P.R. n. 445/2000.

Ai fini della determinazione del punteggio valido per la graduatoria sono valutati i titoli accademici, di studio e di servizio effettivo posseduti alla data del 31 dicembre 2019, oltre al punteggio per il titolo di formazione specifica in medicina generale.

Si precisa che il servizio effettivo è determinato dalle sole ore o giorni di attività svolti ed i periodi di sospensione dall'attività convenzionale NON CONCORRONO AL COMPUTO, ad eccezione del periodo di ASTENSIONE OBBLIGATORIA O ANTICIPATA PER GRAVIDANZA.

L'omissione e l'incompletezza dei dati comporteranno la non attribuzione dei relativi punteggi.

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 dichiarazioni che non consentano di valorizzare il servizio o compilate in modo indecifrabile. Pertanto nella dichiarazione sostitutiva di atto notorio (All. B), i servizi effettuati vanno indicati in modo chiaro e completo, specificando, ove richiesto, la tipologia di incarico (a tempo determinato, indeterminato, di sostituzione), i mesi di attività e per ciascun mese, quando richiesto, le ore effettivamente svolte.

Qualora l'indicazione dei servizi non sia formulata con le modalità richieste e non possa essere valutata con sufficiente grado di certezza dall'ufficio istruttore, non si procederà a richiesta di chiarimenti e l'attività di servizio non sarà oggetto di valorizzazione del punteggio.

E' necessaria inoltre, anche ai fini delle verifiche e controlli che l'Ufficio istruttore è tenuto a effettuare, l'esatta indicazione della ASP e/o dell'Ente presso il quale il servizio è stato prestato.

L'Amministrazione regionale si riserva di effettuare, in qualsiasi momento, specifici controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rilasciate in attuazione delle disposizioni vigenti in materia.