

ALLEGATO A

GRADUATORIA REGIONALE DELLA MEDICINA GENERALE DISTINTA PER SETTORE

GRADUATORIA REGIONALE DELLA MEDICINA GENERALE DISTINTA PER SETTORE



All'Assessorato alle Politiche della Salute

Regione PUGLIA

Via Gentile n° 52

70126 BARI (BA)

PRIMO INSERIMENTO
TITOLI

INTEGRAZIONE

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ prov. _____

Il _____ sesso: M _____ F _____ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo: _____ n. _____

CAP _____ tel. _____ ASL di residenza _____

secondo quanto previsto dall'art. 15 dell' accordo collettivo nazionale per la medicina generale vigente dal 29/07/2009,

chiede

l'inserimento/l'integrazione titoli nella graduatoria unica regionale di medicina generale, a valere per l'anno 2017, relative alle attività nel settore di (barrare una o più caselle):

- assistenza primaria emergenza sanitaria territoriale 01180
 continuità assistenziale medicina dei servizi territoriali

La mancata biffatura del Settore di attività comporta la non inclusione nella graduatoria

A tal fine dichiara

di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato nel/i settore/i di attività sopra indicato/i. (*)

(*) Art.15, comma 11, ACN 29/07/2009: 0I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato in uno o più settori sopra indicati non possono fare domanda di inserimento nella/e relativa/e graduatoria/e di settore, e, pertanto, possono concorrere alla assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento0.

Acclude alla presente:

- n. _____ dichiarazione/i sostitutive di certificazione ;
 n. _____ dichiarazione/i sostitutive dell'atto notorio;
 n. _____ certificati in bollo

Chiede che ogni comunicazione sia indirizzata presso:

- la propria residenza; il domicilio sotto indicato:

c/o _____ CAP _____ Comune di _____

Via _____ n° _____

Data _____

firma per esteso _____

**Esente imposta di
bollo art. 37 co.1
DPR445/2000**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

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

Il sottoscritto Dott. _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del DPR 445 del 28/12/2000

**dichiara
di essere in possesso di:**

| | |
|--|---|
| <p>Diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università di _____ in data ____ / ____ / ____ con voto ____ / 110 *</p> <p>* se il voto di laurea non è espresso su 110 ma su 100, occorre specificarlo</p> | <p><i>da 100 a 104: punti 0,30; da 105 a 109: punti 0,50; 110 e 110 lode: punti 1,00</i></p> <p>= p.</p> |
| <p>Abilitazione all'esercizio professionale conseguita presso l'Università di _____ in data ____ / ____ / ____</p> | |
| <p>Iscrizione all'Ordine dei medici di _____ dal ____ / ____ / ____</p> | |
| <p>Specializzazione o libera docenza in:</p> <p>a) MEDICINA GENERALE conseguita presso l'Università di _____ in data ____ / ____ / ____</p> <p>b) _____ conseguita presso l'Università di _____ in data ____ / ____ / ____</p> <p>c) _____ conseguita presso l'Università di _____ in data ____ / ____ / ____</p> | <p><i>Punti 2,00 per ciascuna specializzazione in medicina generale o disciplina equipollente</i></p> <p>Tot. n. ____ = p.</p> <p><i>Punti 0,50 per ciascuna specializzazione nelle discipline affini alla medicina generale</i></p> <p>Tot. n. ____ = p.</p> |
| <p>Attestato di formazione in medicina generale (D.Lgs n. 256/91, 368/99, 277/03) conseguito il ____ presso: _____, specificare data di inizio e data di conclusione del corso di formazione: data inizio corso ____ / ____ / ____ data fine corso ____ / ____ / ____</p> <p>N.B. per il primo inserimento è obbligatorio presentare copia dell'attestato</p> | <p><i>Punti 7,20</i></p> |
| <p>Attestato di formazione in Emergenza Sanitaria Territoriale (118) previsto ai sensi dell'art.22 comma 5 DPR 292/87, dell'art. 22 DPR 41/91 , dell'art. 66 dpr 484/96 , dell'art. 66 DPR 270/00 conseguito il ____ presso: _____,</p> | |

Data _____

Firma del dichiarante _____

(non soggetta ad autenticazione)

AVVERTENZE GENERALI

1. Ai fini dell'inserimento nella graduatoria regionale della medicina generale distinta per settore, valevole per l'anno 2017, i medici devono presentare domanda entro il 31 gennaio 2016, in modo da scegliere il/i settore/i di attività. I medici già inseriti in graduatoria regionale di medicina generale valevole per l'anno 2016, non hanno l'obbligo di presentare domanda. Tale obbligo **rimane a carico di coloro** che dovranno integrare i titoli di servizio (art. 15 co.1 ACN vigente dal 29/07/2009).
 2. I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato per una o più attività di medicina generale non possono fare domanda di inserimento nella/e relativa/e graduatoria/e di settore (Art. 15, comma 11, ACN vigente dal 29/07/2009).
 3. I medici che aspirano ad essere inseriti nella graduatoria unica regionale, devono possedere, alla data di scadenza dei termini per la presentazione della domanda, i seguenti requisiti:
 - diploma di laurea in medicina e chirurgia;
 - iscrizione all'Albo professionale;
 - possesso dell'attestato di formazione in medicina generale o titolo equipollente di cui ai D.Lgs. 256/91, 368/1999 e 277/03 (abilitazione all'esercizio professionale conseguita entro il 31 dicembre 1994).
 4. I titoli accademici, di studio e di servizio possono essere prodotti:
 - a) in originale o copia legale ai sensi di legge;
 - b) per i titoli accademici e di studio, apposita dichiarazione sostitutiva di certificazione, resa ai sensi dell'art.46 del DPR 445/2000 (Allegato A alla domanda);
 - c) per i titoli di servizio, apposita dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, resa ai sensi dell'art.47 del DPR n. 445/2000, (Allegato B alla domanda), ovvero fotocopie semplici unitamente ad una dichiarazione sostitutiva di notorietà con cui si attesta che le stesse sono conformi all'originale (Allegato C alla domanda).
- La dichiarazione sostitutiva di cui al punto **C**, deve essere spedita unitamente a fotocopia di un documento d'identità in corso di validità.
- Il dichiarante decade dai benefici attribuiti a seguito di accertamento di dichiarazioni non veritiere.
5. La domanda, deve essere spedita con Raccomandata A.R. entro il 31/01/2016(a tal fine fa fede il timbro postale). La mancata sottoscrizione della domanda, della dichiarazione sostitutiva, ovvero la spedizione oltre il termine del 31/01/2016, comportano l'esclusione dalla graduatoria. La domanda e le dichiarazioni sostitutive devono essere compilate in modo leggibile. L'omissione o l'incompletezza dei dati potranno comportare la non attribuzione dei relativi punteggi.
 6. Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità della dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio (Allegato B) il medico può trasmettere una copia fotostatica, anche non autenticata, dei certificati di servizio di cui sia già in possesso.
 7. Ai fini della graduatoria sono valutabili solo i titoli posseduti al 31/12/2015.
 8. I medici che hanno già presentato domanda a gennaio 2015 **devono** presentare o dichiarare solo i titoli acquisiti nel corso dell'anno 2015, nonché eventuali titoli di servizio non presentati per le precedenti graduatorie. Chi non ha presentato domanda per le ultime due graduatorie deve presentare o dichiarare tutta la documentazione.
 9. I titoli di servizio divenuti valutabili con il vigente ACN (servizio civile volontario per scopi umanitari, servizio nelle carceri, servizio all'estero: cfr. punti 7 - 13 - 15 allegato B alla domanda) devono essere integralmente dichiarati e/o documentati, ancorché già presentati in precedenza.
 10. I medici che presentano domanda per la prima volta o che non hanno presentato domanda per le ultime due graduatorie devono barrare la voce "primo inserimento"; tutti gli altri devono bar-

rare la voce "integrazione titoli".

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

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196 e in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo di quanto segue:

- 1. Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento da parte di questa Amministrazione della formazione della graduatoria regionale;**
- 2. Il trattamento viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici;**
- 3. Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra, pertanto, in caso di rifiuto, Ella non potrà essere inserito in detta graduatoria;**
- 4. I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione PUGLIA;**
- 5. L'art. 7 del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196, Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento;**
- 6. Titolare del trattamento dei dati è la Regione Puglia, responsabile è la Dirigente della Sezione Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti.**

Esente imposta di
bollo art. 37 co.1
D.P.R 445/2000

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

TITOLI DI SERVIZIO ED ATTIVITÀ SVOLTA

PARTE RISERVATA
ALL'UFFICIO

Cod. regione

Io sottoscritt_ Dott. _____

cognome

nome

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000, **dichiara di essere in possesso dei seguenti titoli di servizio:**

Note per la compilazione:

Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità della dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio, il medico può trasmettere una copia fotostatica, anche non autenticata, dei certificati di servizio di cui sia già in possesso.

1) Medico di assistenza primaria convenzionato (compresa attività svolta in qualità di associato) nell'ambito della Regione nella cui graduatoria si chiede l' inserimento:
(punti 0,30 per mese di attività)

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ASL ___ dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ASL ___
dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ASL ___ dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ASL ___

1.a) Medico di assistenza primaria convenzionato, compresa attività svolta in qualità di associato:
(punti 0,20 per mese di attività)

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ASL ___ dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ASL ___
dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ASL ___ dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ASL ___

1.b) 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)

Dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ASL _____
Dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ASL _____
Dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ASL _____
Dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ASL _____
Dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ASL _____
Dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ASL _____
Dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ASL _____
Dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ASL _____
Dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ASL _____
Dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ASL _____
Dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ASL _____

2. Attività di sostituzione del medico di assistenza primaria convenzionato solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti dovuta ad attività sindacale e sostituzioni d'ufficio anche se di durata inferiore a 5 gg.:
(punti 0,20 per mese di attività)

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ASL/medico _____

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ASL/medico _____

2.a) Stessa attività di cui al punto precedente effettuata su base oraria:

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

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ore _____

ASL _____ medico _____

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ore _____

ASL _____ medico _____

3. Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione di continuità assistenziale in forma attiva:

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

Anno: í í í í í í í

Azienda Sanitaria Locale:

Gennaio dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ore _____

Febbraio dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ore _____

Marzo dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ore _____

Aprile dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ore _____

Maggio dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ore _____

Giugno dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ore _____

Luglio dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ore _____

Agosto dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ore _____

Settembre dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ore _____

Ottobre dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ore _____

Novembre dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ore _____

Dicembre dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ore _____

N.B. Occorre indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio.

3.a) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o determinato o di sostituzione nella medicina dei servizi:
(punti 0,20 per mese di attività, ragguagliato a 96 h. di attività)

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ore _____ ASL _____

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ore _____ ASL _____

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ore _____ ASL _____

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ore _____ ASL _____

3.b) Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate: (punti 0,10 per mese di attività, ragguagliato a 52 h. di attività)

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ore ___ ASL _____

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ore ___ ASL _____

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ore ___ ASL _____

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ore ___ ASL _____

3.c) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione nella emergenza sanitaria territoriale 01180: (punti 0,20 per mese di attività ragguagliato a minimo 38 h. settimanali)

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ore ___ ASL _____

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ore ___ ASL _____

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ore ___ ASL _____

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ore ___ ASL _____

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ore ___ ASL _____

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ore ___ ASL _____

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ore ___ ASL _____

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ore ___ ASL _____

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ore ___ ASL _____

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ore ___ ASL _____

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ore ___ ASL _____

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ore ___ ASL _____

Il medico deve essere in possesso dell'Attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza dell'apposito Corso Formativo previsto ai sensi dell'art. 22 comma 5 DPR 292/87 o dell'art. 22 DPR 41/91 o dell'art. 66 DPR 484/96 o dell'art. 66 DPR 270/00 (allegare copia dell'Attestato o Autocertificazione).

4. Attività programmata nei servizi territoriali di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale in forma di reperibilità: (punti 0,05 per mese di attività ragguagliato a 96 h. di attività)

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ore ___ ASL ___ dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ore ___ ASL ___

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ore ___ ASL ___ dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ore ___ ASL ___

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ore ___ ASL ___ dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ore ___ ASL ___

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ore ___ ASL ___ dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ore ___ ASL ___

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ore ___ ASL ___ dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ore ___ ASL ___

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ore ___ ASL ___ dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ore ___ ASL ___

5. Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle AUSL:
(punti 0,20 per mese di attività)

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ASL _____

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ASL _____

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ASL _____

6. Attività, anche in forma di sostituzione, di medico pediatria di libera scelta, se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi (punti 0,10 per mese di attività)

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ASL _____ dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ASL _____

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ASL _____ dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ASL _____

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ASL _____ dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ASL _____

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ASL _____ dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ASL _____

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ASL _____ dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ ASL _____

7. Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina (*): (punti 0,10 per mese di attività)

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ presso _____

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ presso _____

() occorre presentare idonea documentazione.*

7.a) Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto in concomitanza di incarico di medicina generale (*) (punti 0,20 per mese di attività per un massimo di 12 mesi)

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ presso _____

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ presso _____

() occorre presentare copia delle delibere di incarico e di cessazione dal servizio.*

8) Servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina, anche in qualità di ufficiale medico di complemento:

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

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ presso _____

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ presso _____

8.a) Servizio militare di leva 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, di medicina generale, limitatamente al periodo di concomitanza (*) (punti 0,20 per mese)

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ presso _____

() occorre presentare copia delle delibere di incarico e di cessazione dal servizio.*

9) Attività come medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna, e medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici, medico generico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato con il Ministero della Sanità per il servizio di assistenza ai naviganti: (punti 0,05 per mese di attività)

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ presso _____

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ presso _____

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ presso _____

10)Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria nelle carceri sia a tempo indeterminato che di sostituzione e di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo. (*) (0,20 per mese di attività)

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ presso _____

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ presso _____

(*) occorre presentare idonea documentazione

11)Servizio prestato presso Aziende termali (Legge 24 ottobre 2000 n. 323 art. 8), equiparato all'attività di continuità assistenziale (*) (0,20 per mese di attività)

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ presso _____

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ presso _____

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ presso _____

(*) 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

12) 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 s. m. e int. e del D.M. 1 settembre 1988 n. 430 (0,20 per mese di attività)

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ presso _____

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ presso _____

13 Sospensione del rapporto e dell'attività convenzionale. art.18 comma 2,3,4 e 5 A.C.N. 23/3/05 (*)

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___

dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___

(*) occorre presentare idonea documentazione della Azienda Sanitaria

Firma

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

¹GRADUATORIA REGIONALE DELLA MEDICINA GENERALE DISTINTA PER SETTORE

Esente imposta di bollo art. 37 co. 1 DPR445/2000

ALLEGATO C

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

(art. 47 DPR n. 445 del 28/12/2000)

In riferimento alla domanda di inserimento/integrazione titoli nelle graduatorie regionali di medicina generale a valere per l'anno 20__

il sottoscritto Dr. _____ nato a _____

residente a _____ Via _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000,

DICHIARA

che le **fotocopie** dei titoli allegati e sotto elencati, sono conformi agli originali in possesso del sottoscritto:

1.....í í íí í í

6.....í í íí í ..í í

2.....í í íí

7.....í í í í

3.....í í í í í

8.....í í í í

4.....í í íí

9.....í í .í í

5.....í í í í í

10.....í í í

Data

Firma *
