

ACCLUDE ALLA PRESENTE LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

N° 1 dichiarazioni sostitutive di certificazioni (*Mod. A*);

N° ____ dichiarazioni sostitutive di atto notorio (**Mod. B – Allegati : “1”, “1-A”; “2”, “2-A”**)

N° ____ dichiarazione sostitutiva di atto notorio (**Mod. C, da utilizzare se si allegano fotocopie di certificati rilasciati precedentemente all’anno 2012**)

Copia fotostatica di un documento d’identità in corso di validità.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

la propria residenza

il proprio domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____

prov.(____) indirizzo _____ n. _____ CAP _____

Tel. ____ / _____.

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Data _____ Firma del dichiarante (2) _____

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

(2) Ai sensi dell’art.38 del DPR 445/2000, la dichiarazione deve essere sottoscritta dall’interessato e inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del dichiarante.

Formazione della graduatoria regionale di medicina generale da valere per l'anno 2019

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

Il/La sottoscritto/a _____

C.F. _____

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000,**DICHIARA****Ai sensi dell'art.46 D.P.R. 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione)**

di essere in possesso:

1) del diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università di _____
in data ___/___/_____ con voto _____/110*;***se il voto di laurea non è espresso su 110 ma su 100, occorre specificarlo.***da 100 a 104 punti: 0,30;**da 105 a 109 punti: 0,50;**110 e 110 e lode: punti 1,00*2) dell'abilitazione all'esercizio professionale conseguita presso l'Università di _____
anno _____ sessione _____;

3) dell'iscrizione all'Ordine dei medici della provincia di _____ dal ___/___/_____ ;

4) del diploma di specializzazione o libera docenza:

a) in _____ conseguita presso l'Università di _____ in data ___/___/_____ ; se la specializzazione è stata conseguita ai sensi del D.L.vo n. 257/91 e D.L.vo n. 368/99 come modificato dal D.L.vo n. 277/2003, dichiara anche il periodo di frequenza: dal giorno ___/___/_____ al giorno ___/___/_____ ;**b)** in _____ conseguita presso l'Università di _____ in data ___/___/_____ ; se la specializzazione è stata conseguita ai sensi del D.L.vo n. 257/91 e D.L.vo n. 368/99 come modificato dal D.L.vo n. 277/2003, dichiara anche il periodo di frequenza: dal giorno ___/___/_____ al giorno ___/___/_____ ;**c)** in _____ conseguita presso l'Università di _____ in data ___/___/_____ ; se la specializzazione è stata conseguita ai sensi del D.L.vo n. 257/91 e D.L.vo n. 368/99 come modificato dal D.L.vo n. 277/2003, dichiara anche il periodo di frequenza: dal giorno ___/___/_____ al giorno ___/___/_____ ;*punti 2,00 per ciascuna specializzazione in medicina generale o disciplina equipollente;**punti 0,50 per ciascuna specializzazione nelle discipline affini alla medicina generale.*

- 5) dell'attestato di formazione in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 e al D.L.vo n. 368/99 come modificato dal D.L.vo n. 277/2003, conseguito il ____/____/____ nella Regione:_____ specificare data di inizio e data di conclusione del corso di formazione: data inizio corso ____/____/____ data fine corso ____/____/____ ;
N.B. allegare copia dell'attestato
punti 7,20 (per conseguimento del titolo entro il 15/09/2018)
- 6) dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale (118) conseguito presso: L'ASL _____ della Regione _____ il ____/____/____.
N.B. allegare copia dell'attestato
- 7) di **essere/non essere** titolare di incarico a tempo indeterminato di Assistenza Primaria
- 8) di **essere/non essere** titolare di incarico a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale
- 9) di **essere/non essere** titolare di incarico a tempo indeterminato di Emergenza Sanitaria Territoriale – 118
- 10) di **essere/non essere** titolare di incarico a tempo indeterminato di Medicina dei Servizi.

DICHIARA INOLTRE

- di non avere di avere subito provvedimenti di revoca o decadenza del rapporto convenzionale di medico di medicina generale ai sensi dell' art. 30 c.7 lett. C) e dell'art. 19 c. 2 e 4 – ACN Medicina Generale 23/03/2005 e s.m.i. (in caso affermativo specificare la data di irrogazione effettiva della sanzione o la data di decadenza del rapporto convenzionale ____/____/____ e l'ASL che ha adottato il provvedimento _____);

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Data _____ Firma del dichiarante (2) _____

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

(2) Ai sensi dell'art.38 del DPR 445/2000, la dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato e inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del dichiarante.

8) Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate **(0.10 punti per mese di attività corrispondente a 52 ore)**;

A.S.L.n° _____ Regione _____ dal _____ al _____ ore _____

A.S.L.n° _____ Regione _____ dal _____ al _____ ore _____

A.S.L.n° _____ Regione _____ dal _____ al _____ ore _____

9) Attività programmate nei servizi territoriali di Continuità Assistenziale e di Emergenza Sanitaria Territoriale in forma di reperibilità ai sensi del presente accordo (*) **(0.05 per ogni mese di attività ragguagliato a 96 ore)**;

() Ai sensi della norma finale n.9 dell'ACN 23/03/2005 e s.m.i., sono valutabili le ore effettuate in reperibilità domiciliare fino alla data di entrata in vigore del presente A.C.N.(29/07/2009).*

vedi allegato "2-A" per la compilazione

Le ore di servizio svolte in forma attiva ancorché derivanti da incarico di reperibilità domiciliare, dovranno essere indicate al punto 5 - vedi allegato "1" per la compilazione -

10) Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche, organizzate dalle Regioni o dalle AA. SS. LL. **(0,20 punti per mese)**;

A.S.L.n° _____ Regione _____ dal _____ al _____

A.S.L.n° _____ Regione _____ dal _____ al _____

A.S.L.n° _____ Regione _____ dal _____ al _____

11) 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 **(0,10 punti per mese per un massimo di 12 mesi)**;

Dal _____ al _____ presso _____

12) 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 (*) **(0,20 punti per mese)**;

Dal _____ al _____ presso _____

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

13) Servizio civile volontario per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina (*) **(0,10 punti per mese di attività per un massimo di 12 mesi)**;

Dal _____ al _____

Dal _____ al _____

() occorre presentare idonea documentazione*

14) Servizio civile volontario per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto in concomitanza di incarico ai sensi del presente Accordo (*) **(0,20 punti per mese di attività per un massimo di 12 mesi)**;

Dal _____ al _____

Dal _____ al _____

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

15) Attività di medico pediatra di libera scelta, anche in forma di sostituzione, se svolta con riferimento ad **almeno 70 utenti** e per periodi non inferiori a 5 gg. Continuativi **(0.10 punti per mese di attività)**;

dal _____ al _____ medico sostituito (specificare il cognome e nome) _____

A.S.L n _____ Via _____ n. _____ Provincia _____

dal _____ al _____ medico sostituito (specificare il cognome e nome) _____

A.S.L n _____ Via _____ n. _____ Provincia _____

dal _____ al _____ medico sostituito (specificare il cognome e nome) _____

Per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare il presente prospetto.

16)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 **(0.05 punti per mese di attività);**

A.S.L.n° _____ Regione _____ dal _____ al _____
A.S.L.n° _____ Regione _____ dal _____ al _____
A.S.L.n° _____ Regione _____ dal _____ al _____

17)Astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio durante il periodo di incarico a tempo determinato e indeterminato nell'area della medicina generale **(0,20 punti per mese fino ad un massimo di mesi cinque per ogni evento;** tale punteggio è elevato **a 0,30 punti al mese** se l'astensione è concomitante ad incarico di assistenza primaria **a tempo indeterminato nella regione nella cui graduatoria si chiede l'inserimento);**

dal _____ al _____
dal _____ al _____

18)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 punti per mese di attività);**

dal _____ al _____ presso _____
dal _____ al _____ presso _____
dal _____ al _____ presso _____

(*) occorre presentare idonea documentazione. Indicare, al punto 18) anche l'attività di medico di polizia.

19)Servizio prestato presso aziende termali (legge 24/10/2000 n.323 art.8) equiparato all'attività di continuità assistenziale (*) **(0.20 punti per mese di attività) ;**

dal _____ al _____ St.Termale _____ Loc _____
dal _____ al _____ St.Termale _____ Loc _____

(*) 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.

20)Servizio effettivo di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale, di emergenza sanitaria territoriale, svolto in paesi dell'U.E., ai sensi della Legge 9/2/1979 n.38 della L.10/7/1960 n.735 e successive modificazioni ed integrazioni e del D.M. 1/9/1988 n.430 (*) **(0.20 punti per mese);**

dal _____ al _____ presso _____
dal _____ al _____ presso _____

(*) il servizio deve essere attestato con documenti in originale o copia conforme all'originale, sottoscritti 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 D.Lgs.112/1998) è necessario allegare copia di detto provvedimento.

Per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare il presente prospetto.

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Data _____ Firma del dichiarante (2) _____

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

(2) Ai sensi dell'art.38 del DPR 445/2000, la dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato e inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del dichiarante.

Il/La sottoscritto/a _____

C.F. _____

DICHIARA

Ai sensi dell'art.47 D.P.R. 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

di aver prestato Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione nella Medicina dei Servizi.

Anno ____ A.S.L. n° ____ Regione _____ Via _____ n. ____ tel. _____

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 _____

ALLEGATO "2-A"

di aver prestato Attività programmata nei servizi territoriali di Continuità Assistenziale o di Emergenza Sanitaria Territoriale in forma di reperibilità.

(* Ai sensi della norma finale n.9 dell'ACN 23/3/2005 e s.m.i., sono valutabili le ore effettuate in reperibilità domiciliare fino al 29/07/2009.

Si precisa che le ore di servizio svolte **in forma attiva** ancorché derivanti da incarico di reperibilità domiciliare, dovranno essere indicate **nell'Allegato 1**.

Anno ____ A.S.L. n° ____ Regione _____ Via _____ n. ____ tel. _____

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 _____

data

Firma per esteso e leggibile

ATTENZIONE: a pena di esclusione, ai sensi dell'art.38 del D.P.R.445 del 28/12/2000 le sottoscrizioni delle istanze e delle dichiarazioni sostitutive di atto notorio non sono soggette ad autenticazione se presentate unitamente a copia fotostatica di un documento di identità, valido, del sottoscrittore. Per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare il presente prospetto.

Per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare il presente prospetto.

AVVERTENZE GENERALI

IN BASE ALLA NORMA TRANSITORIA N.1 DEL TESTO DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE DI MEDICINA GENERALE 29/03/2018 RESO ESECUTIVO IL 21/06/2018, I MEDICI CHE ABBIANO ACQUISITO IL DIPLOMA DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE SUCCESSIVAMENTE AL 31/01/2018, POSSONO PRESENTARE DOMANDA PER L'INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA REGIONALE ENTRO IL 15/09/2018.

LA DOMANDA DEVE ESSERE CORREDATA DALL'AUTOCERTIFICAZIONE DEL TITOLO NEL FRATTEMPO ACQUISITO E DEI TITOLI ACCADEMICI DI SERVIZIO POSSEDUTI ALLA DATA DEL 31/12/2017.

Ai fini dell'attribuzione del punteggio, la documentazione presentata deve essere tale da poterne consentire la valutazione e non si terrà conto di quella dalla quale non è possibile dedurre i dati di valutazione. Pertanto nel caso in cui per i servizi prestati venga presentata dichiarazione sostitutiva di atto notorio (Modulo B), si ribadisce che il servizio e l'attività svolta vanno indicati in modo completo e leggibile rispettando le indicazioni riportate nel modulo sopra richiamato.

Si precisa inoltre la necessità di riportare con esattezza l'indicazione della AUSL e/o dell'ente (*indirizzo e recapiti telefonici*) presso il quale il servizio è stato prestato, che detenendo gli atti autorizzativi, possa a richiesta confermare il servizio autocertificato con la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (controlli di veridicità – art.71 L.445/2000).

Ai fini della graduatoria, sono valutati i titoli di servizio posseduti alla data del 31/12/2017, espressamente previsti ed elencati all'art.16 A.C.N. 23/03/2005 e s.m.i..

MODALITA' DI DOCUMENTAZIONE DEI TITOLI ACCADEMICI, DI STUDIO E DI SERVIZIO

Ai sensi delle modifiche del D.P.R. 445/2000 introdotte dall'art.15 della L.183/2011, a decorre dal 01/01/2012 le amministrazioni pubbliche non possono accettare certificazioni rilasciate da Amministrazioni Pubbliche o gestori di pubblici servizi, **pena la mancata valutazione dei titoli oggetto della certificazione**. Pertanto, per essere oggetto di valutazione, i titoli conseguiti presso una Amministrazione Pubblica o un gestore di Pubblico Servizio, devono essere obbligatoriamente autocertificati ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, con indicazione di tutti gli elementi per una corretta valutazione dei titoli stessi (vedi Moduli A e B e allegati: "1", "1-A", "2", "2-A").

I titoli accademici e di studio posseduti e i titoli di servizio svolto vengono documentati dall'interessato nella maniera seguente:

a) per i titoli accademici e di studio, dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell'art.46 del D.P.R.445/2000 e s.m.i. (**Modulo "A"**);

b) per i titoli di servizio, dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, ai sensi dell'art.47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. (**Modulo "B"**), ovvero fotocopie di certificati rilasciati precedentemente all'anno 2012 unitamente ad una dichiarazione sostitutiva di notorietà con cui si attesta che le stesse sono conformi all'originale (**Modulo "C"**).

Qualora dal controllo emerga la non veridicità di quanto dichiarato e prodotto, l'interessato decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera oltre a soggiacere alle sanzioni penali previste in ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci.

- **La domanda, in bollo, deve essere spedita a mezzo raccomandata A/R entro il 15/09/2018 all' Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2 – Ufficio Centrale Regionale - c/o Palazzina Micheli - Piazza Dante Perilli - 06049 Spoleto (PG). Per l'accoglimento della domanda farà fede la data del timbro postale.**
- La mancata sottoscrizione della domanda o della dichiarazione sostitutiva di certificazione, la spedizione oltre il termine del 15/09/2018, la mancata dichiarazione di iscrizione all'albo professionale comportano l'**esclusione dalla graduatoria**.

ELEMENTI NECESSARI PER L'ATTRIBUZIONE DEL PUNTEGGIO

Ai fini di una corretta valutazione del punteggio si ribadisce, inoltre, quanto segue:

- 1) i titoli di servizio divenuti valutabili con l' A.C.N. 23/03/2005 e s.m.i. (servizio civile volontario per scopi umanitari, servizio nelle carceri, servizio all'estero; cfr. punti 10) – 11) – 15) – 17) – **(Modulo B)** , devono essere **integralmente** dichiarati e/o documentati ancorchè già presentati in precedenza;
- 2) le attività di Continuità Assistenziale e di Medicina dei Servizi, a tempo indeterminato e a tempo determinato, devono essere documentate indicando **per ogni mese di attività le effettive ore svolte**.
- 3) l'Attività Territoriale Programmata deve essere documentata indicando **per ogni mese di attività le effettive ore svolte**;
- 4) le certificazioni o le dichiarazioni sostitutive **(Modulo B)** attestanti le sostituzioni di medicina generale e di medicina pediatrica dovranno dare atto specificatamente che **il numero degli assistiti iscritti presso il medico sostituito, sia rispettivamente superiore a 100 o 70**.
- 5) il servizio prestato presso aziende termali, (con le modalità di cui all'art. 8 della L. 24/10/2000 n. 323) equiparato all'attività di continuità assistenziale deve essere 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**.
- 6) l'astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio durante il periodo di incarico a tempo determinato e/o indeterminato nell'Area di Medicina Generale potrà essere documentata, **indicando la data di inizio e di fine**, con dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà secondo l'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000.

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, RIGUARDANTE LA GRADUATORIA REGIONALE PER I MEDICI DI MEDICINA GENERALE, VALIDA PER L'ANNO 2019

Ai sensi dell' art.13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e in relazione ai dati personali che si intendono trattare, si informa che:

- 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 valida per l'anno 2019;
- 2) il trattamento viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici;
- 3) il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, in caso di rifiuto, il richiedente non potrà essere inserito in detta graduatoria;
- 4) i dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria;
- 5) l'art.13 e 7 della citata legge Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra cui quello 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 Direzione Aziendale dell'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2 con sede provvisoria in Terni – Via Donato Bramante n.37 – cap 05100.

Il sottoscritto/a _____ autorizza l'amministrazione al trattamento dei propri dati personali:

Data _____ Firma del dichiarante _____

