

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA GRADUATORIA REGIONALE DI MEDICINA GENERALE
ANNO 2014 VALEVOLE PER L'ANNO 2015**

RACCOMANDATA A/R

REGIONE CAMPANIA

IMPOSTA DI BOLLO

**Direzione Generale per la Tutela della
Salute ed il Coordinamento del Sistema
Sanitario Regionale
Centro Direzionale - Isola C/3
80143 NAPOLI**

PRIMO INSERIMENTO

INTEGRAZIONE TITOLI

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ prov. _____
il I_I_I_I_I_I_I_I sesso: M I_I F I_I codice fiscale I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I
residente a _____ prov. _____
indirizzo: _____ n. _____
CAP I_I_I_I_I_I_I_I tel. _____ ASL residenza _____
e-mail _____

secondo quanto previsto dall'art. 15 dell' Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale vigente dal 23/03/2005 e s.m.i.

chiede

**l'inserimento/l'integrazione titoli nella graduatoria regionale di medicina generale,
anno 2014, valevole per l'anno 2015.**

Acclude alla presente:

- ☐ n. _____ dichiarazioni sostitutive di certificazione;
- ☐ n. _____ dichiarazioni sostitutive dell'atto notorio;
- ☐ autorizzazione al trattamento dati personali

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

la propria residenza; _____ il domicilio sotto indicato:
c/o _____ CAP I_I_I_I_I_I_I_I Comune di _____

Via _____ n° _____

Data/...../..... firma per esteso _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(ART. 46 DPR N. 445 DEL 28/12/2000)

ALLEGATO A

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 dei seguenti titoli accademici o di studio:

Diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università di _____ in data I_I_I_I_I_I_I con voto ____/110	da 100 a 104: punti 0,30; da 105 a 109: punti 0,50; 110 e 110 lode: punti 1,00 = p.
Diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università di _____ in data I_I_I_I_I_I_I con voto ____/100	da 90 a 94: punti 0,30; da 95 a 99: punti 0,50; 100: punti 1,00 = p.
Abilitazione all'esercizio professionale conseguita presso l'Università di _____ in data I_I_I_I_I_I_I	
Iscrizione all'Ordine dei medici di _____ dal I_I_I_I_I_I_I	
Specializzazione o libera docenza in: a) MEDICINA GENERALE conseguita presso l'Università di _____ _____ in data I_I_I_I_I_I_I b) _____ conseguita presso l'Università di _____ _____ in data I_I_I_I_I_I_I c) _____ conseguita presso l'Università di _____ _____ in data I_I_I_I_I_I_I	Punti 2,00 per ciascuna specializzazione in medicina generale o disciplina equipollente Tot. n. ____ = p. Punti 0,50 per ciascuna specializzazione nelle discipline affini alla medicina generale Tot. n. ____ = p.
Attestato di formazione in medicina generale (dlgs 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 I_I_I_I_I_I_I data fine corso I_I_I_I_I_I_I	Punti 7,20

Data _____

Firma del dichiarante _____ 2

(non soggetta ad autenticazione)

AVVERTENZE GENERALI. PER LA COMPILAZIONE DELLA DOMANDA

1. I medici che hanno prodotto domanda per l'anno 2013 e non hanno conseguito altri titoli di studio o di servizio, saranno inseriti in graduatoria con il punteggio dell'anno precedente senza necessità di ulteriore istanza.
2. I medici che aspirano ad essere inseriti nella graduatoria 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 Dlgs. 256/91, 368/1999 e 277/03 (abilitazione all'esercizio professionale conseguita entro il 31 dicembre 1994).
3. I titoli accademici, di studio e di servizio possono essere prodotti:
 - a) per i titoli accademici e di studio, dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell'art.46 del DPR 445/2000 (Allegato A alla domanda);
 - b) per i titoli di servizio, dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, ai sensi dell'art.47 del DPR n. 445/2000, (Allegato B alla domanda),
 - c) La dichiarazione sostitutiva di cui ai punti b) e c) deve essere spedita unitamente a fotocopia di un documento d'identità in corso di validità.

Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere.

4. La domanda, deve essere spedita con Raccomandata A.R. entro il 31/01/2014 (a tal fine fa fede il timbro postale). La mancata sottoscrizione della domanda o della dichiarazione sostitutiva, corredate dalla fotocopia di un documento di identità, la spedizione o consegna oltre il termine del 31/01/2014, 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..
5. Ai fini della graduatoria sono valutabili solo i titoli posseduti al 31/12/2013.
6. I medici che hanno già presentato domanda a gennaio 2013 debbono presentare o dichiarare solo i titoli acquisiti nel corso dell'anno 2013, nonché eventuali titoli di servizio non presentati per le precedenti graduatorie.
7. I titoli di servizio divenuti valutabili con il vigente ACN (servizio civile volontario per scopi umanitari, servizio nelle carceri, servizio permanente effettivo di ufficiale medico, servizio all'estero: cfr. punti 7 - 8 - 11 - 12 - 13 allegato B alla domanda) devono essere integralmente dichiarati e documentati, ancorché già presentati in precedenza.

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 e , pertanto, in caso di rifiuto, Ella non potrà essere inserito in detta graduatoria;
4. I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania;
5. L'art. 7 del citato D.Lgs 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 Campania.

Autorizzazione al trattamento dei dati personali

Il sottoscritto _____ autorizza la Regione Campania al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196.

Data,/...../.....

Firma

ALLEGATO B

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, e di non aver svolto le seguenti attività durante i periodi formativi.**

1.a) 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)

ASL _____ dal I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I

ASL _____ dal I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I

ASL _____ dal I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I

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

ASL _____ dal I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I

ASL _____ dal I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I

ASL _____ dal I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I

1. 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)

ASL _____ dal I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I

ASL _____ dal I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I

ASL _____ dal I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I

ASL _____ dal I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I

ASL _____ dal I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I

ASL _____ dal I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I

ASL _____ dal I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I

ASL _____ dal I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I

ASL _____ dal I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I

ASL _____ dal I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I

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)

ASL/medico _____ dal I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I

ASL/medico _____ dal I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I

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 I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I ore _____

ASL _____ medico _____

dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I 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: Azienda Sanitaria Locale:

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 Locale:

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 Locale:

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 _____

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)

ASL _____ dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I ore I _____ I

ASL _____ dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I ore I _____ I

ASL _____ dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I ore I _____ I

ASL _____ dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I ore I _____ I

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

ASL _____ dal I_ _ I_ _ I_ _ I al I_ _ I_ _ I_ _ I **ore** I_ _ I_ _ I

ASL _____ dal I_ _ I_ _ I_ _ I al I_ _ I_ _ I_ _ I **ore** I_ _ I_ _ I

ASL _____ dal I_ _ I_ _ I_ _ I al I_ _ I_ _ I_ _ I **ore** I_ _ I_ _ I

ASL _____ dal I_ _ I_ _ I_ _ I al I_ _ I_ _ I_ _ I **ore** I_ _ I_ _ I

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

ASL _____ dal I_ _ I_ _ I_ _ I al I_ _ I_ _ I_ _ I

ASL _____ dal I_ _ I_ _ I_ _ I al I_ _ I_ _ I_ _ I

ASL _____ dal I_ _ I_ _ I_ _ I al I_ _ I_ _ I_ _ I

ASL _____ dal I_ _ I_ _ I_ _ I al I_ _ I_ _ I_ _ I

ASL _____ dal I_ _ I_ _ I_ _ I al I_ _ I_ _ I_ _ I

ASL _____ dal I_ _ I_ _ I_ _ I al I_ _ I_ _ I_ _ I

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)

ASL _____ dal I_ _ I_ _ I_ _ I al I_ _ I_ _ I_ _ I **ore** I_ _ I_ _ I

ASL _____ dal I_ _ I_ _ I_ _ I al I_ _ I_ _ I_ _ I **ore** I_ _ I_ _ I

ASL _____ dal I_ _ I_ _ I_ _ I al I_ _ I_ _ I_ _ I **ore** I_ _ I_ _ I

ASL _____ dal I_ _ I_ _ I_ _ I al I_ _ I_ _ I_ _ I **ore** I_ _ I_ _ I

ASL _____ dal I_ _ I_ _ I_ _ I al I_ _ I_ _ I_ _ I **ore** I_ _ I_ _ I

ASL _____ dal I_ _ I_ _ I_ _ I al I_ _ I_ _ I_ _ I **ore** I_ _ I_ _ I

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

ASL _____ dal I_ _ I_ _ I_ _ I al I_ _ I_ _ I_ _ I

ASL _____ dal I_ _ I_ _ I_ _ I al I_ _ I_ _ I_ _ I

ASL _____ dal I_ _ I_ _ I_ _ I al I_ _ I_ _ I_ _ I

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)

ASL _____ dal I_ _ I_ _ I_ _ I al I_ _ I_ _ I_ _ I

ASL _____ dal I_ _ I_ _ I_ _ I al I_ _ I_ _ I_ _ I

ASL _____ dal I_ _ I_ _ I_ _ I al I_ _ I_ _ I_ _ I

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 per un massimo di 12 mesi) dal I_I_I_I_I_I al I_I_I_I_I_I presso _____ dal I_I_I_I_I_I al I_I_I_I_I_I presso _____ (*) occorre presentare idonea documentazione
8. Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto in concomitanza di incarico ai sensi del presente accordo (*): (punti 0,20 per mese di attività per un massimo di 12 mesi) dal I_I_I_I_I_I al I_I_I_I_I_I presso _____ dal I_I_I_I_I_I al I_I_I_I_I_I presso _____ (*) occorre presentare idonea documentazione
9. 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 I_I_I_I_I_I al I_I_I_I_I_I presso _____
9.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 I_I_I_I_I_I al I_I_I_I_I_I presso _____
10. 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 I_I_I_I_I_I al I_I_I_I_I_I presso _____ dal I_I_I_I_I_I al I_I_I_I_I_I presso _____ dal I_I_I_I_I_I al I_I_I_I_I_I presso _____

11. 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 I_I_I_I_I al I_I_I_I_I presso _____

dal I_I_I_I_I al I_I_I_I_I presso _____

12. 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 I_I_I_I_I al I_I_I_I_I presso _____

dal I_I_I_I_I al I_I_I_I_I presso _____

dal I_I_I_I_I al I_I_I_I_I 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

13. 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 ed integrazioni e del D.M. 1 settembre 1988 n. 430

(0,20 per mese di attività)

dal I_I_I_I_I al I_I_I_I_I presso _____

dal I_I_I_I_I al I_I_I_I_I presso _____

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 DPR 445/2000).

(2) Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000, la dichiarazione sottoscritta dall'interessato deve essere inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento d'identità del dichiarante.

In riferimento alla domanda di inserimento/integrazione titoli nella graduatoria regionale di medicina generale anno 2014 valevole per l'anno 2015

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 la **fotocopia** del documento allegato è conforme all' originale in possesso del sottoscritto.

Data

Firma *

* Alla domanda di iscrizione alla graduatoria dovrà essere allegata copia fotostatica di documento di identità in corso di validità del sottoscrittore. La mancanza di sottoscrizione comporta la nullità della dichiarazione sostitutiva.

Data,/...../.....

Firma
