

AVVERTENZE GENERALI

Ai fini dell'inclusione nella graduatoria regionale valevole per l'anno **2011**, le domande, dovranno essere spedite a mezzo raccomandata A.R. all'Assessorato alla Sanità - Settore Assistenza Territoriale DB 20.6 - C.so Regina Margherita, 153 bis 10122 TORINO **entro e non oltre il 31 gennaio 2010**. Per l'accoglimento della domanda farà fede la data del timbro postale.

Le domande dovranno essere compilate in modo chiaro e leggibile, a caratteri stampatello o dattiloscritte: omissioni anche parziali potranno comportare la mancata attribuzione dei punteggi relativi.

Le domande illeggibili non saranno prese in esame.

Possono accedere alla graduatoria valevole per l'anno 2011, oltre i possessori degli attestati di formazione di cui agli articoli 1 e 2 del D.L.vo 8/8/91 n. 256, D.L.vo 368 del 17/8/99 e D. Lvo 277 dell' 8/7/2003, tutti i medici abilitati all'esercizio professionale entro il 31/12/94, così come previsto dal Decreto del Ministero della Sanità del 15/12/94.

Per attività orarie è opportuno specificare dettagliatamente i periodi effettivi di attività con **le relative ore**.

LA DOMANDA DEVE ESSERE SOTTOSCRITTA DALL'INTERESSATO NEGLI APPOSITI SPAZI.

NOTA BENE

Ai sensi dell'art. 15 – comma 11 – del nuovo Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale, i medici già TITOLARI di incarico a tempo indeterminato per una o più attività di cui al nuovo Accordo, NON POSSONO fare domanda di inserimento nella relativa graduatoria di Settore e, pertanto, POTRANNO concorrere all' assegnazione degli incarichi vacanti solo ed esclusivamente per TRASFERIMENTO.



**Dichiarazione sostitutiva di certificazione
AUTOCERTIFICAZIONE**
INVIARE FOTOCOPIA DOCUMENTO DI IDENTITA'

SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO

Il sottoscritto Dott. Cognome Nome.....
C.F.

INVIARE LA FOTOCOPIA DEL CODICE FISCALE

ai sensi e agli effetti dell'art. 46 del D.P.R.28 dicembre 2000, n. 445

dichiara

1. Di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di dal.....
2. Di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università di..... in data..... con voto.....
3. Di essere abilitato all'esercizio professionale dal (*data abilitaz.*).....con voto.....
4. Di essere non essere in possesso dell'attestato di formazione in Medicina Generale conseguito in data..... presso.....
scrivere la data d'inizio e fine del corso.....
5. Di essere in possesso della specializzazione o libera docenza in Medicina Generale
Specializzazione/libera docenza in conseguita il.....
presso.....

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

Data.....

Firma (2)

(1) Ai sensi degli art. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000

(2) Ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 , la presente dichiarazione non necessita di autenticazione della firma e sostituisce le normali certificazioni richieste o destinate ad una Pubblica Amministrazione e ai gestori di pubblici servizi.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ



**Esente da
imposta di bollo**

Il sottoscritto Dott. Cognome..... Nome.....

Consapevole delle sanzioni Penali, previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, con conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, dichiara il possesso dei seguenti titoli di servizio:

			TITOLI DI SERVIZIO
			<p>Medico di assistenza primaria convenzionato, compresa attività svolta in qualità di associato (0,20 punti per mese di attività)</p> <p style="text-align: center;">dal _ _ _ _ _ _ _ al _ _ _ _ _ _ _ </p> <p style="text-align: center;">dal _ _ _ _ _ _ _ al _ _ _ _ _ _ _ </p> <p style="text-align: center;">dal _ _ _ _ _ _ _ al _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>Stessa attività prestata nell'ambito della Regione nella cui graduatoria si chiede l'inserimento (0,30 punti per mese di attività)</p> <p style="text-align: center;">dal _ _ _ _ _ _ _ al _ _ _ _ _ _ _ </p> <p style="text-align: center;">dal _ _ _ _ _ _ _ al _ _ _ _ _ _ _ </p> <p style="text-align: center;">dal _ _ _ _ _ _ _ al _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>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 gg. continuativi (0,20 punti per mese di attività)</p> <p style="text-align: center;">dal _ _ _ _ _ _ _ al _ _ _ _ _ _ _ A.S.L. di</p> <p style="text-align: center;">dal _ _ _ _ _ _ _ al _ _ _ _ _ _ _ A.S.L. di</p> <p style="text-align: center;">dal _ _ _ _ _ _ _ al _ _ _ _ _ _ _ A.S.L. di</p> <p style="text-align: center;">dal _ _ _ _ _ _ _ al _ _ _ _ _ _ _ A.S.L. di</p> <p style="text-align: center;">dal _ _ _ _ _ _ _ al _ _ _ _ _ _ _ A.S.L. di</p>

TITOLI DI SERVIZIO

Stessa attività di cui al punto precedente dovuta ad attività sindacale e sostituzioni d'ufficio anche se di durata inferiore a 5 gg.

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

dalal medico..... A.S.L.....ore

dalal medico..... A.S.L.....ore

dalal medico..... A.S.L.....ore

dalal medico..... A.S.L.....ore

Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o di sostituzione di continuità assistenziale

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

A.S.L. dal |_|_|_|_|_|_|_| al|_|_|_|_|_|_|_| ore.....

A.S.L. dal |_|_|_|_|_|_|_| al|_|_|_|_|_|_|_| ore.....

A.S.L. dal |_|_|_|_|_|_|_| al|_|_|_|_|_|_|_| ore.....

A.S.L. dal |_|_|_|_|_|_|_| al|_|_|_|_|_|_|_| ore.....

A.S.L. dal |_|_|_|_|_|_|_| al|_|_|_|_|_|_|_| ore.....

A.S.L. dal |_|_|_|_|_|_|_| al|_|_|_|_|_|_|_| ore.....

A.S.L. dal |_|_|_|_|_|_|_| al|_|_|_|_|_|_|_| ore.....

A.S.L. dal |_|_|_|_|_|_|_| al|_|_|_|_|_|_|_| ore.....

A.S.L. dal |_|_|_|_|_|_|_| al|_|_|_|_|_|_|_| ore.....

A.S.L. dal |_|_|_|_|_|_|_| al|_|_|_|_|_|_|_| ore.....

A.S.L. dal |_|_|_|_|_|_|_| al|_|_|_|_|_|_|_| ore.....

A.S.L. dal |_|_|_|_|_|_|_| al|_|_|_|_|_|_|_| ore.....

A.S.L. dal |_|_|_|_|_|_|_| al|_|_|_|_|_|_|_| ore.....

A.S.L. dal |_|_|_|_|_|_|_| al|_|_|_|_|_|_|_| ore.....

A.S.L. dal |_|_|_|_|_|_|_| al|_|_|_|_|_|_|_| ore.....

A.S.L. dal |_|_|_|_|_|_|_| al|_|_|_|_|_|_|_| ore.....

A.S.L. dal |_|_|_|_|_|_|_| al|_|_|_|_|_|_|_| ore.....

TITOLI DI SERVIZIO

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)

dal |_|_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_|_|

dal |_|_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_|_|

dal |_|_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_|_|

dal |_|_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_|_|

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.
(0,20 punti per mese)

dal |_|_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_|_|

dal |_|_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_|_|

dal |_|_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_|_|

dal |_|_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_|_|

dal |_|_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_|_|

Servizio effettivo di medico di assistenza primaria, nella 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 decreto ministeriale 1° settembre 1988 n. 430.
(0,20 punti per mese)

dal |_|_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_|_| ore.....

dal |_|_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_|_| ore.....

dal |_|_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_|_| ore.....

Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate.
(0,10 punti per mese, ragg. 52 h. di attività)

A.S.L. dal |_|_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_|_| ore.....

A.S.L. dal |_|_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_|_| ore.....

A.S.L. dal |_|_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_|_| ore.....

A.S.L. dal |_|_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_|_| ore.....

A.S.L. dal |_|_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_|_| ore.....

TITOLI DI SERVIZIO

Attività programmata nei servizi territoriali di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale in forma di reperibilità ai sensi del presente accordo

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

- A.S.L. dal |_|_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_|_| ore.....
- A.S.L. dal |_|_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_|_| ore.....
- A.S.L. dal |_|_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_|_| ore.....
- A.S.L. dal |_|_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_|_| ore.....
- A.S.L. dal |_|_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_|_| ore.....
- A.S.L. dal |_|_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_|_| ore.....
- A.S.L. dal |_|_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_|_| ore.....
- A.S.L. dal |_|_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_|_| ore.....
- A.S.L. dal |_|_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_|_| ore.....
- A.S.L. dal |_|_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_|_| ore.....

Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche, organizzata dalle Regioni o dalle AA.SS.LL.

(0,20 punti per ciascun mese)

dal |_|_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_|_|

dal |_|_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_|_|

dal |_|_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_|_|

dal |_|_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_|_| .

dal |_|_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_|_|

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 |_|_|_|_|_|_|_|_|

TITOLI DI SERVIZIO

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 |_|_|_|_|_|_|_|_|

Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto dopo la laurea in medicina e chirurgia.
(0,10 per mese per un massimo di 12 mesi)

dal |_|_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_|_|

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

dal |_|_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_|_|

Attività di sostituzione di medico pediatra di libera scelta se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi
(0,10 punti per mese)

dal |_|_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_|_| A.S.L. di

dal |_|_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_|_| A.S.L. di

dal |_|_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_|_| A.S.L. di

dal |_|_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_|_| A.S.L. di

dal |_|_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_|_| A.S.L. di

dal |_|_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_|_| A.S.L. di

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 sanitaria ai naviganti
(0,05 punti per mese di attività)

dal |_|_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_|_|

dal |_|_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_|_|

dal |_|_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_|_|

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

Data.....

Firma del dichiarante (2)

(1) Ai sensi degli art. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000

(2) Ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 , la presente dichiarazione non necessita di autenticazione della firma e sostituisce le normali certificazioni richieste o destinate ad una Pubblica Amministrazione e ai gestori di pubblici servizi.

Informativa resa all'interessato per il trattamento di dati personali

Ai sensi dell'art. 10 della Legge 31 dicembre 1996, n. 675 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 di medicina generale valida per l'anno 2011
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
5. L'art. 13 della citata Legge 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

Si autorizza l'Amministrazione al trattamento dei propri dati personali:

Data.....

Firma del dichiarante