



Regione Siciliana

DOMANDA DI INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA REGIONALE DI MEDICINA GENERALE VALIDA PER L'ANNO 2011

Esente da
imposta di bollo

All'Assessorato Regionale Sanità
Dipartimento Pianificazione Strategica
Servizio 2° - Personale convenzionato S.S.R.
Piazza O. Ziino n° 24
90145 Palermo

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ prov. _____ il _____

Codice Fiscale _____ comune di residenza _____

prov. _____ indirizzo _____ n° _____

C.A.P. _____ tel. n° _____

Inserito nella Graduatoria valida per l'anno **2010** **Si** **No**
(barrare la casella che interessa)

indicare l'anno dell'ultima Graduatoria di Medicina Generale nella quale si è stati inseriti: _____

CHIEDE

di essere inserito nella Graduatoria Regionale, valida per l'anno **2011**, relativa al settore di:

- Assistenza primaria**
 - Continuità Assistenziale**
 - Emergenza Sanitaria Territoriale**
- (barrare la/e casella/e che interessa)

ACCLUDE

N°dichiarazioni sostitutive di certificazione (autocertificazione)

N°dichiarazioni sostitutive dell'atto notorio

N°certificati

Copia fotostatica di un documento di identità

Data.....

Firma.....

Formazione della graduatoria regionale di Medicina Generale da valere per l'anno 2011

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE -AUTOCERTIFICAZIONE-

**Esente da
imposta di bollo**

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

ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D. P. R. 445 del 28/12/2000 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

DICHIARA

1. Di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di.....dal.....
2. Di essere stato iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di.....
dal.....al.....e all'Ordine dei Medici della Provincia di.....
dal.....al.....
3. Di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso
l'Università di.....in data.....con voto.....
4. Di essere abilitato all'esercizio professionale dal.....
5. Di essere in possesso delle specializzazioni o libere docenze:
Specializzazione/libera docenza in.....conseguita il.....
presso.....,corso svolto dal.....al.....
Specializzazione/libera docenza in.....conseguita il.....
presso.....,corso svolto dal.....al.....
6. Di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione in Medicina Generale conseguito
entro il 31/12/2009 presso la regione.....,corso svolto
dal.....al.....

7. Di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione in Medicina Generale conseguito tra il 1° ed il 31/01/2010 presso.....
8. Di essere/non essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'Emergenza Sanitaria Territoriale rilasciata dall'Azienda Sanitaria Provinciale n°.....di..... in data.....
9. Di essere/non essere titolare di incarico di Assistenza Primaria presso l'Azienda Sanitaria Territoriale n°.....di.....nell'ambito territoriale di..... della Regione.....dal.....
10. Di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale presso l'Azienda Sanitaria Territoriale n°.....di.....nel distretto di della Regione.....dal.....
11. Di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato nell'Emergenza Sanitaria Territoriale presso l'Azienda Sanitaria Territoriale n°.....di.....nel distretto di.....della Regione.....dal.....
12. Di essere/non essere iscritto al corso di formazione specifica in Medicina Generale di cui al D.L.vo 277/03 presso la Regione.....dal.....
13. Di essere/non essere iscritto a corsi di Specializzazione di cui al D.L.vo 257/91 e corrispondenti norme del D.L.vo 368/99 presso l'Università di.....dal.....

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

Data.....

Firma del dichiarante.....
(non soggetta ad autenticazione)

(1) ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D. P. R. 445/00 “ chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia ”.

Formazione della graduatoria regionale di Medicina Generale da valere per l'anno 2011

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' - ATTO NOTORIO -

Esente da
Imposta di bollo

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

ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D. P. R. 445 del 28/12/2000 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

DICHIARA

DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI TITOLI DI SERVIZIO

- Attività di medico di Assistenza Primaria convenzionato a tempo indeterminato o determinato o svolta in qualità di associato svolta nella regione Sicilia (0.30 punti per mese di attività);
A.S.P. n°..... Distretto di..... dal..... al.....
A.S.P. n°..... Distretto di..... dal..... al.....
A.S.P. n°..... Distretto di..... dal..... al.....
- Attività di medico di Assistenza Primaria convenzionato a tempo indeterminato o determinato o svolta in qualità di associato fuori dalla regione Sicilia (0.20 punti per mese di attività);
A.S.P. n°..... Distretto di..... dal..... al.....
A.S.P. n°..... Distretto di..... dal..... al.....
A.S.P. n°..... Distretto di..... dal..... al.....
- 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);
dal..... al..... medico*..... A.S.P.....
dal..... al..... medico*..... A.S.P.....
dal..... al..... medico*..... A.S.P.....
- Stessa attività di cui al punto precedente dovuta ad attività sindacale anche se di durata inferiore ai 5 gg. continuativi. Le sostituzioni effettuate su base oraria sono valutate con gli stessi criteri di cui al punto 5 (0.20 punti per mese di attività);
dal..... al..... medico*..... A.S.P.....
dal..... al..... medico*..... A.S.P.....
dal..... al..... medico*..... A.S.P.....
- Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione di Continuità Assistenziale in forma attiva (0.20 punti per mese ragguagliato a 96 ore di attività);
- vedi allegato A per la compilazione -
- Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione nell'Emergenza Sanitaria Territoriale (0.20 punti per ogni mese di attività);
- vedi allegato A1 per la compilazione -

7. Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o determinato o di sostituzione nella Medicina dei Servizi (0.20 punti per ogni mese di attività ragguagliato a 96 ore);
- **vedi allegato A2 per la compilazione** –
8. Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate (0.10 punti per mese di attività corrispondente a 52 ore);
A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....
A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....
A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....
9. Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche, organizzate dalle Regioni o dalle AA. SS. PP. (0.20 punti per mese di attività);
A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....
A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....
A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....
10. Attività, anche in forma di sostituzione, di pediatra di libera scelta 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*.....A.S.P.....
dal.....al.....medico*.....A.S.P.....
dal.....al.....medico*.....A.S.P.....
11. 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.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....
A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....
A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....
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 (0.10 punti per mese fino ad un massimo di 12 mesi)
dal.....al.....
13. 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, in concomitanza di incarico, anche provvisorio, di Medicina generale e limitatamente al periodo di concomitanza (0.20 punti per mese fino ad un massimo di 12 mesi)
dal.....al.....
14. Servizio Civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto dopo la Laurea in Medicina e Chirurgia (0.10 punti per mese)
dal.....al.....
15. 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 punti per mese)
dal.....al.....

16. Servizio prestato presso Aziende Termali (Legge 24 ottobre 2000 n° 323 art. 8), equiparato all'attività di Continuità Assistenziale, per ogni mese complessivo di attività (0.20 punti per mese)
dal.....al.....
dal.....al.....
17. Servizio effettivo di Medico di Assistenza Primaria, di 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 e del Decreto Ministeriale 1° settembre 1988 n° 430 (0.20 punti per mese)
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.....
dal.....al.....
19. 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 a un massimo di mesi 5 per ogni evento; tale punteggio è elevato a 0.30 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.....

* inserire il nome del medico sostituito

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

Data.....(2) Firma del dichiarante.....
(non soggetta ad autenticazione)

(1) ai sensi dell'art. 76 comma 1 D. P. R. 445/00 " chiunque rilascia documentazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia ".

(2) ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D. P. R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore

ALLEGATO "A"

Dott. Cognome Nome.....

C. F.....

Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, o anche a titolo di sostituzione, nei servizi di Guardia Medica o di Continuità Assistenziale

Anno A.S.P. n°..... Distretto di.....

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 "A1"

Servizio effettivo con incarico a tempo determinato o indeterminato nell'Emergenza Sanitaria Territoriale

Anno A.S.P. n°..... Distretto di.....

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.....

Firma.....

Dott. Cognome Nome.....

C. F.....

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

Anno A.S.P. n°..... Distretto di.....

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.....

Firma.....