

Allegato A

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

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

Il sottoscritto Dott. _____

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:

DICHIARA

- di essere cittadino italiano;
- di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE (specificare) _____;
- di essere cittadino del seguente Stato _____ ed in possesso di uno dei requisiti di cui all'art.38, commi 1 e 3bis del D.lgs n.165/2001 e s.m.i. (cfr. punto 1a delle "Avvertenze Generali");
- di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di _____ il ___/___/___ con voto ___/___;*
* occorre specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale il ___/___/___ presso l'Università di _____;
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____
- di essere in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale (D.lgs 368/99 e s.m.i.) conseguito il ___/___/___ presso la Regione _____;
data di inizio corso ___/___/___ data di fine corso ___/___/___
- di essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale del triennio ___/___/___, iniziato il ___/___/___ presso la Regione _____ con previsione di conseguimento del titolo entro il 15 settembre p.v. (cfr. punto 1d delle "Avvertenze Generali");
- di essere in possesso della specializzazione in medicina generale, o disciplina equipollente o affine: (indicare la specializzazione)
_____ conseguita il ___/___/___ presso l'Università di _____ con frequenza dal ___/___/___ al ___/___/___;
_____ conseguita il ___/___/___ presso l'Università di _____ con frequenza dal ___/___/___ al ___/___/___;
_____ conseguita il ___/___/___ presso l'Università di _____ con frequenza dal ___/___/___ al ___/___/___;
- di essere in possesso di certificato di conoscenza della lingua inglese conseguito il ___/___/___ presso _____;
(cfr. punto 6 delle "Avvertenze Generali");
- di essere in possesso della Patente Europea per l'utilizzo del PC conseguita il ___/___/___ presso _____;
- di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale conseguito presso _____ il ___/___/___;
- di non fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- di non fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente (tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni della "quota A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM).

Data ___/___/___

Firma _____

Allegato B**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà**

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

Il sottoscritto Dott. _____
 consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti
 falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre
 2000, n. 445:

DICHIARA

il possesso dei seguenti titoli di servizio:

Attività di medico di assistenza primaria convenzionato, con incarico a tempo indeterminato o con incarico
 provvisorio, prestata nell'ambito della Regione _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

Attività di medico di assistenza primaria convenzionato, con incarico a tempo indeterminato o con incarico
 provvisorio, prestata nell'ambito di altra Regione (*specificare*) _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

Attività di sostituzione del medico di assistenza primaria solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e
 per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi:

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ medico _____

Stessa attività di cui al punto precedente dovuta ad attività sindacale del titolare, anche se di durata inferiore a 5 gg.:

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ medico _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ medico _____

Attività di sostituzione del titolare effettuata su base oraria:

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ medico _____ ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ medico _____ ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ medico _____ ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ medico _____ ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ medico _____ ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ medico _____ ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ medico _____ ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ medico _____ ore _____

Servizio effettivo di medico di continuità assistenziale, con incarico a tempo indeterminato, determinato, provvisorio o di sostituzione:

Anno: _____ **Azienda** _____

Gennaio	dal ___/___/___/ore _____	Luglio	dal ___/___/___/ore _____
Febbraio	dal ___/___/___/ore _____	Agosto	dal ___/___/___/ore _____
Marzo	dal ___/___/___/ore _____	Settembre	dal ___/___/___/ore _____
Aprile	dal ___/___/___/ore _____	Ottobre	dal ___/___/___/ore _____
Maggio	dal ___/___/___/ore _____	Novembre	dal ___/___/___/ore _____
Giugno	dal ___/___/___/ore _____	Dicembre	dal ___/___/___/ore _____

Anno: _____ **Azienda** _____

Gennaio	dal ___/___/___/ore _____	Luglio	dal ___/___/___/ore _____
Febbraio	dal ___/___/___/ore _____	Agosto	dal ___/___/___/ore _____
Marzo	dal ___/___/___/ore _____	Settembre	dal ___/___/___/ore _____
Aprile	dal ___/___/___/ore _____	Ottobre	dal ___/___/___/ore _____
Maggio	dal ___/___/___/ore _____	Novembre	dal ___/___/___/ore _____
Giugno	dal ___/___/___/ore _____	Dicembre	dal ___/___/___/ore _____

Anno: _____ **Azienda** _____

Gennaio	dal ___/___/___/ore _____	Luglio	dal ___/___/___/ore _____
Febbraio	dal ___/___/___/ore _____	Agosto	dal ___/___/___/ore _____
Marzo	dal ___/___/___/ore _____	Settembre	dal ___/___/___/ore _____
Aprile	dal ___/___/___/ore _____	Ottobre	dal ___/___/___/ore _____
Maggio	dal ___/___/___/ore _____	Novembre	dal ___/___/___/ore _____
Giugno	dal ___/___/___/ore _____	Dicembre	dal ___/___/___/ore _____

Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato, provvisorio o di sostituzione nella emergenza sanitaria territoriale:

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o di sostituzione nella medicina dei servizi territoriali:

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore ___

Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari sia a tempo indeterminato che di sostituzione per conto del Ministero di Giustizia, ai sensi della Legge 9 ottobre 1970, n.740:

dal ___/___/___ al ___/___/___ Istituto _____

Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate:

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore ___

Attività medica di assistenza ai turisti organizzata dalle Regioni o dalle Aziende:

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

Turni di reperibilità programmata nei servizi territoriali, di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale, ai sensi del presente Accordo:

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore ___

Attività, anche in forma 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:

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ medico _____

Medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna; medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici; medico generico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato per il servizio di assistenza ai naviganti:

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

Servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) anche in qualità di Ufficiale Medico di complemento e per un massimo di 12 mesi, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia:

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

Servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) anche in qualità di Ufficiale Medico di complemento, svolto in concomitanza di incarico convenzionale conferito da Azienda Sanitaria nell'area della medicina generale e solo per il periodo concomitante con tale incarico:

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della Legge n.64/2001, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia:

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della Legge n.64/2001, svolto in concomitanza di incarico convenzionale conferito da Azienda Sanitaria nell'area della medicina generale e solo per il periodo concomitante con tale incarico:

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

Attività di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo, di medico della Polizia di Stato:

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

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: (*)

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

(*) 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.

Servizio effettivo, svolto in paesi dell'Unione Europea, riconducibile all'attività di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale e di emergenza sanitaria territoriale; servizio prestato ai sensi della Legge 11 agosto 2014, n.125 ed assistenza sanitaria prestata da medici italiani ai sensi del Decreto Ministeriale 1 settembre 1988, n. 430: (*)

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

(*) il servizio deve essere attestato con certificazioni, in originale o copia conforme all'originale, sottoscritte 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, decreto legislativo 112/1998) è necessario allegare copia di detto provvedimento.

La sottoscritta dichiara di aver usufruito di astensione anticipata o di astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio nei seguenti periodi:

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso Azienda _____

Il sottoscritto dichiara inoltre:

- di non avere avere subito provvedimenti di revoca del rapporto convenzionale di medico di medicina generale. In caso affermativo indicare la data di revoca del rapporto convenzionale ___/___/___ e l'Azienda che ha adottato il provvedimento _____;
- che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1).

Data ___/___/___ Firma _____ (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 è sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento d'identità del dichiarante.

AVVERTENZE GENERALI

1. I medici che aspirano all'iscrizione nella graduatoria devono presentare annualmente la propria domanda e possedere, alla data di scadenza dei termini per la presentazione della stessa, i seguenti requisiti:
 - a. cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE. Possono chiedere l'iscrizione i familiari di cittadini europei non aventi la cittadinanza di uno Stato membro che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente, i cittadini di Paesi terzi che siano titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o che siano titolari dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria;
 - b. diploma di laurea in Medicina e Chirurgia;
 - c. iscrizione all'Albo professionale;
 - d. titolo di formazione specifica in medicina generale o titolo equipollente di cui al D.lgs., 368/1999 e s.m.i (abilitazione all'esercizio professionale conseguita entro il 31 dicembre 1994). Possono presentare domanda i medici che nell'anno acquisiranno il titolo di formazione, che dovrà essere posseduto ed autocertificato entro il 15 settembre p.v.;
 2. I medici allegano alla domanda le dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio concernenti i titoli valutabili ai fini della graduatoria. Possono presentare annualmente allegati integrativi dei titoli aggiuntivi rispetto a quelli precedentemente presentati.
 3. La domanda, in bollo, deve essere trasmessa con modalità telematica definita dalla Regione entro il 31 gennaio di ogni anno all'Assessorato regionale alla Sanità o all'Azienda Sanitaria individuata. Sono fatte salve differenti modalità di trasmissione disposte dalla Regione.
 4. La mancata sottoscrizione della domanda o della dichiarazione sostitutiva, la trasmissione oltre il termine di scadenza comportano l'esclusione dalla graduatoria.
 5. I titoli devono essere documentati:
 - a. con dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell'art.46 del DPR 445/2000 (Allegato A alla domanda), per i titoli accademici e di studio;
 - b. con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, ai sensi dell'art.47 del DPR n. 445/2000, (Allegato B alla domanda), per i titoli di servizio prestato presso una Amministrazione Pubblica o un gestore di Pubblico Servizio;
 - c. i titoli conseguiti presso soggetti privati o esteri devono essere allegati alla domanda di partecipazione in originale o in copia legale o autenticata ai sensi di legge.
- L'omissione o l'incompletezza dei dati comporteranno la non attribuzione dei relativi punteggi. L'autocertificazione dovrà pertanto indicare esattamente il numero delle ore di attività svolte, il periodo di svolgimento e l'Azienda/Ente presso la quale è stata svolta l'attività.
- Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere.
6. La conoscenza della lingua inglese (Allegato A) deve essere documentata dal possesso di certificato non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE).
 7. Ai fini della graduatoria sono valutabili solo i titoli accademici, di studio e di servizio posseduti al 31 dicembre dell'anno precedente, nonché il diploma di formazione specifica in medicina generale conseguito ed autocertificato entro il 15 settembre del corrente anno.

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

Ai sensi del Regolamento Europeo 27 aprile 2016 n.2016/679/UE e del Codice della Privacy, D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 modificato dal D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101, si informa che:

- i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente per le finalità strettamente necessarie e connesse alla formazione della graduatoria regionale di medicina generale valida per l'anno____. Per tali finalità l'acquisizione dei dati è necessaria e il loro mancato conferimento, o una loro omissione, comporterà l'esclusione dalla procedura.
- il trattamento viene effettuato mediante strumenti cartacei, informatici, telematici e telefonici.
- l'interessato ha diritto di accedere ai dati che lo riguardano, di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione se non pertinenti o raccolti in modo non conforme alle norme. L'interessato può, altresì, opporsi al trattamento per motivi legittimi.
- i dati personali saranno pubblicati sul sito istituzionale e sul Bollettino Ufficiale della Regione_____;
- Titolare del trattamento dei dati è _____
- Responsabile del trattamento dei dati è _____

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

Data ___/___/___

Firma _____