

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA GRADUATORIA REGIONALE DI MEDICINA GENERALE
ANNO 2016 VALEVOLE PER L'ANNO 2017**

INVIO DOMANDA ESCLUSIVAMENTE TRAMITE PEC

IMPOSTA DI BOLLO

REGIONE CAMPANIA
Direzione Generale Tutela della Salute e
Coordinamento del SSR
Centro Direzionale - Isola C/3
80143 NAPOLI

- PRIMO INSERIMENTO**
- INTEGRAZIONE TITOLI**

Il sottoscritto Dott. Cognome Nome
nato prov.

il / / sesso: M F codice fiscale

residente a prov.

indirizzo: n.

CAP 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 2016, valevole per l'anno 2017.**

Acclude alla presente:

- n dichiarazioni sostitutive dell'atto notorio;
- autorizzazione al trattamento dati personali

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata al seguente indirizzo pec:

Data / /

firma per esteso

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

ALLEGATO A

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

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 2015 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 solo ed esclusivamente tramite pec entro il 31/01/2016 . La mancata sottoscrizione della domanda o della dichiarazione sostitutiva, corredate dalla fotocopia di un documento di identità, l'invio oltre il termine del 31/01/2016, 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 31/12/2012.
6. I medici che hanno già presentato domanda a gennaio 2015 debbono presentare o dichiarare solo i titoli acquisiti nel corso dell'anno 2015, nonché eventuali titoli di servizio non presentati per le precedenti graduatorie.

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 sottoscritto 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/..../.... al/..../....

ASL _____ dal/..../.... al/..../....

ASL _____ dal/..../.... al/..../....

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/..../.... al/..../....

ASL _____ dal/..../.... al/..../....

ASL _____ dal/..../.... al/..../....

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/..../.... al/..../....

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/..../.... al/..../....

ASL/medico _____ dal/..../.... al/..../....

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 / / al / / ore

ASL _____ medico _____

dal / / al / / 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 / / al / / ore

ASL _____ dal / / al / / ore

ASL _____ dal / / al / / ore

ASL _____ dal / / al / / ore

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

ASL _____ dal / / al / / ore

ASL _____ dal / / al / / ore

ASL _____ dal / / al / / ore

ASL _____ dal / / al / / ore

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 / / al / /

ASL _____ dal / / al / /

ASL _____ dal / / al / /

ASL _____ dal / / al / /

ASL _____ dal / / al / /

ASL _____ dal / / al / /

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 / / al / / ore

ASL _____ dal / / al / / ore

ASL _____ dal / / al / / ore

ASL _____ dal / / al / / ore

ASL _____ dal / / al / / ore

ASL _____ dal / / al / / ore

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 / / al / /

ASL _____ dal / / al / /

ASL _____ dal / / al / /

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 / / al / /

ASL _____ dal / / al / /

ASL _____ dal / / al / /

7. Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale (riferimento solo ed esclusivamente alla L. 64/2001) svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina (*):
(punti 0,10 per mese di attività per un massimo di 12 mesi)

dal / / al / / presso _____

dal / / al / / presso _____

8. Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale (riferimento solo ed esclusivamente alla L. 64/2001) svolto in concomitanza di incarico ai sensi del presente accordo (*):
(punti 0,20 per mese di attività per un massimo di 12 mesi)

dal / / al / / presso _____

dal / / al / / presso _____

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 / / al / / 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 / / al / / 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 / / al / / presso _____

dal / / al / / presso _____

dal / / al / / presso _____

<p>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)</p> <p>dal/..../.... al/..../.... presso _____</p> <p>dal/..../.... al/..../.... presso _____</p> <p>dal/..../.... al/..../.... presso _____</p>
<p>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)</p> <p>dal/..../.... al/..../.... presso _____</p> <p>dal/..../.... al/..../.... presso _____</p> <p>dal/..../.... al/..../.... presso _____</p> <p><i>(*) 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</i></p>
<p>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)</p> <p>dal/..../.... al/..../.... presso _____</p> <p>dal/..../.... al/..../.... presso _____</p> <p>dal/..../.... al/..../.... presso _____</p>
<p>Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)</p> <p>Data/..../....</p> <p>Firma del dichiarante (2) _____</p>

(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 2016 valevole per l'anno 2017

Il sottoscritto Dott. Cognome Nome
nato a prov. residenza
via n

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
