

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
ALLA GRADUATORIA REGIONALE DI MEDICINA GENERALE VALEVOLE PER
L'ANNO 2018**

BOLLO € 16

MODELLO A
(DOMANDA DI PRIMO INSERIMENTO)

All'Assessorato Regionale
dell'Igiene e Sanità e
dell'Assistenza Sociale
Via Roma, 223
09123 CAGLIARI

Raccomandata A/R

Il sottoscritto COGNOME _____ NOME _____
nato a _____ Prov. |__| il |__| |__| |__| codice
fiscale |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| Comune di Residenza _____ Prov. |__| |__|
Indirizzo: _____ n. _____ cap |__| |__| |__| |__|
Tel. |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| - Cell. |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__|
PEC _____

CHIEDE

secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale recepito con Atto d'Intesa Stato-Regioni del 23.3.2005 così come integrato dall'ACN del 29.07.2009, di essere inserito nella graduatoria regionale per la medicina generale, valevole per l'anno 2018, per lo svolgimento dell'attività nel settore di (barrare il/i settore/i di attività di interesse):

- (....) **assistenza primaria**
- (....) **continuità assistenziale**
- (....) **emergenza sanitaria territoriale**
- (....) **medicina dei servizi territoriali**

Ai sensi dell'art. 15 comma 11 dell'ACN vigente, i medici già titolari di incarico a tempo indeterminato per una o più dell'attività di cui all'ACN non possono fare domanda di inserimento nella relativa graduatoria di settore, e, pertanto, possono concorrere alla assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.

A tal fine acclude la seguente documentazione:

- (.....) la dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante i titoli accademici e di studio posseduti;
(.....) la dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante il possesso dei titoli di servizio alla data del 31/12/2016.

oppure,

[] le copie dei certificati attestanti i titoli di studio e di servizio posseduti insieme alla dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante la conformità delle copie agli originali.

Si precisa che, a seguito dell'entrata in vigore dell'art. 15, L. 12 novembre 2011, n. 183 che ha introdotto il comma 2 dell'art. 40, DPR 445/2000, potranno essere prodotti solo i certificati rilasciati prima del 01/01/2012.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

- ☐ la propria residenza;
☐ il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ Prov. _____

Via _____ n. _____

CAP _____

Data Firma

AVVERTENZE IMPORTANTI

1) Ai fini dell'attribuzione del relativo punteggio, la documentazione allegata deve essere tale da consentirne la valutazione. Non si terrà conto di quella dalla quale non è possibile dedurre i dati di valutazione o di quella mancante rispetto a quanto dichiarato dal medico.

2) Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000 le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà devono essere presentate unitamente a copia fotostatica di un documento di identità, in corso di validità, del sottoscrittore.

ATTENZIONE:

- La presente domanda deve essere in regola con le norme sull'imposta di bollo e le disposizioni di legge vigenti.
- Verranno escluse tutte le domande sprovviste di un documento di identità, in corso di validità, del sottoscrittore.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
_____ ai sensi e agli effetti dell'art.46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. citato,

DICHIARA

☐ di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università di _____ in data _____ con voto* _____

☐ di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione conseguita in data _____

☐ di essere iscritto all'Albo Professionale della Provincia di _____ dal _____

☐ di essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale (D.Lgs 256/91, D.lgs. 368/99 D.Lgs 277/2003), conseguito il _____ a _____

data inizio corso _____ data fine corso _____;

☐ di essere in possesso della specializzazione o libera docenza in medicina generale o disciplina equipollente o di essere in possesso di specializzazione o libera docenza in discipline affini a quella della medicina generale

Specializzazione/libera docenza in _____ conseguita presso l'Università degli Studi di _____ in data _____

Specializzazione/libera docenza in _____ conseguita presso l'Università degli Studi di _____ in data _____

☐ di aver svolto il servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile dopo il conseguimento del diploma di Laurea in Medicina anche in qualità di ufficiale medico di complemento per un massimo di 12 mesi (p 0,10 per mese)
dal _____ al _____ presso _____

☐ di aver svolto il servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile 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 (p. 0,20 per mese) limitatamente al periodo di concomitanza
dal _____ al _____ presso _____

Data.....**Firma**.....

*Qualora il voto di laurea non sia espresso su base 110 ma su base 100 occorre specificarlo

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(ART. 47 D.P.R. 28/12/2000 N. 445)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di
dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. citato,

DICHIARA

di essere in possesso dei seguenti titoli di servizio:

1. Medico di assistenza primaria convenzionato compresa l'attività in qualità di associato svolta nella
Regione Sardegna (0,30 punti per mese di attività): - **INDICARE GG/MESE/ANNO:**

dalal.....presso.....
dalal.....presso.....

2. Medico di assistenza primaria convenzionato compresa l'attività in qualità di associato svolta fuori dalla
Regione Sardegna (0,20 punti per mese di attività) - **INDICARE GG/MESE/ANNO:**

dalal.....presso.....
dalal.....presso.....

3. 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 gg. continuativi (0,20 per mese di attività) **INDICARE
GG/MESE/ANNO:***

dal.....al.....medico sostituito.....A.S.L.....
dal.....al.....medico sostituito.....A.S.L.....
dal.....al.....medico sostituito.....A.S.L.....
dal.....al.....medico sostituito.....A.S.L.....
dal.....al.....medico sostituito.....A.S.L.....

4. Stessa attività di cui al punto precedente dovuta ad attività sindacale e sostituzioni d'ufficio anche se di
durata inferiore a 5 giorni 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 sostituito.....A.S.L.....
dal.....al.....medico sostituito.....A.S.L.....

5. Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato ☐ determinato ☐ o anche a titolo di sostituzione ☐
nella continuità assistenziale, in forma attiva (0,20 punti per mese ragguagliato a 96 ore di attività -
barrare la casella che interessa):*

Azienda Sanitaria Locale din° ANNO
(le ore devono essere indicate per ogni mese di attività)

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

6. Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate (0,10 punti per mese di attività corrispondente a 52 h - **INDICARE GG/MESE/ANNO:**

ASLdal.....al.....ore.....

7. Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato ☐, determinato ☐ o di sostituzione ☐ nella emergenza sanitaria territoriale (0,20 punti per mese di attività - barrare la casella che interessa) **INDICARE GG/MESE/ANNO:***

ASLdal.....al.....

ASLdal.....al.....

ASLdal.....al.....

8. Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche, organizzate dalle Regioni o dalle Aziende Sanitarie Locali (0,20 per mese) - **INDICARE GG/MESE/ANNO:***

ASLdal.....al.....

ASLdal.....al.....

ASLdal.....al.....

9. Attività programmata nei servizi di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale in forma di reperibilità (0,05 punti per mese ragguagliato a 96 ore di attività): *

Azienda Sanitaria Locale n° ANNO

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

10. Servizio civile volontario espletato per finalità o scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina 0,10 per mese.*

Tale punteggio è elevato a 0,20/mese se il servizio civile è svolto in concomitanza di incarico conferito dalla Azienda sanitaria ai sensi del presente Accordo, comunque, solo per il periodo concomitante con tale incarico.*

11. Attività anche in forma di sostituzione di medico specialista pediatra di libera scelta, svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 gg. continuativi (0,10 punti per mese di attività) - **INDICARE GG/MESE/ANNO:***

dal.....al.....medico sostituito.....A.S.L.....

dal.....al.....medico sostituito.....A.S.L.....

dal.....al.....medico sostituito.....A.S.L.....

dal.....al.....medico sostituito.....A.S.L.....

12. 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):*

dal.....al.....medico sostituito.....A.S.L.....

dal.....al.....medico sostituito.....A.S.L.....

13. Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria nelle carceri, sia a tempo indeterminato ☐ determinato ☐ o anche a titolo di sostituzione ☐ , e di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo (0,20 per mese di attività- barrare la casella che interessa) - **INDICARE GG/MESE/ANNO:***

dal.....al.....Istituto penitenziario.....
dal.....al.....Istituto penitenziario

14. Servizio con incarico a tempo indeterminato ☐ , determinato ☐ o di sostituzione ☐ nella medicina dei servizi.(0,20 punti per mese ragguagliato a 96 ore di attività - barrare la casella che interessa).*

Azienda Sanitaria Locale din°..... ANNO
(le ore devono essere indicate per ogni mese di attività)

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

15. Servizio prestato presso aziende termali (con le modalità di cui all'art. 8 legge 24 ottobre 2000 n. 323), equiparato all'attività di continuità assistenziale (0,20 per mese di attività)- **INDICARE GG/MESE/ANNO:***

dal.....al.....Stabilimento termale.....
dal.....al.....Stabilimento termale.....
dal.....al.....Stabilimento termale.....

16. Servizio effettivo di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale, di emergenza sanitaria territoriale, svolto in paesi della Unione Europea ; servizio svolto ai sensi della legge 9 febbraio 1979 n.38, della legge 10 luglio 1960 n. 735 e successive modificazioni e integrazioni e del D.M. 1° settembre 1988 n. 430 (0,20 per mese di attività):

dal.....al.....(denominazione).....

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data Firma del dichiarante

* per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare il presente prospetto

ATTENZIONE:

La sottoscrizione della dichiarazione non è soggetta ad autenticazione qualora sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore ai sensi dell'art. 38 DPR 445/2000.

Verranno escluse tutte le domande sprovviste di un documento di identità, in corso di validità, del sottoscrittore.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
(ART. 47 D.P.R. 28.12.2000 N. 445)**

Il sottoscritto _____ nato a _____
Il _____ residente in _____ Via _____,
n° _____, ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel
caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. citato

DICHIARA

che le copie dei certificati attestanti i titoli di studio e di servizio posseduti e sotto elencati,, allegati alla
istanza di inclusione nella graduatoria regionale della medicina generale, sono conformi agli originali in
possesto del sottoscritto:

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____
- 6 _____
- 7 _____
- 8 _____
- 9 _____
- 10 _____
- 11 _____
- 12 _____

Data..... **Firma**.....

ATTENZIONE:

**La sottoscrizione della dichiarazione non è soggetta ad autenticazione qualora sia presentata
unitamente a copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore ai sensi
dell'art. 38 DPR 445/2000.**

**Verranno escluse tutte le domande sprovviste di un documento di identità, in corso di validità, del
sottoscrittore.**

AVVERTENZE IMPORTANTI

1. I medici che aspirano ad essere inseriti nella graduatoria della medicina generale, valevole per l'anno 2018, devono possedere, alla data di scadenza del termine per la presentazione della domanda (31/01/2017) i seguenti requisiti:

- essere iscritti all'Ordine dei Medici;
- essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale, o titolo equipollente, come previsto dai decreti legislativi n. 256/91 n. 368/99; si prescinde dal requisito dell'attestato per i medici abilitati all'esercizio professionale entro il 31/12/1994 come indicato dal decreto del Ministero della Sanità del 15/12/94.

2. Ai fini della graduatoria sono valutabili solo i titoli posseduti alla data del 31/12/2016.

3. Qualora lo spazio nei riquadri non sia sufficiente per la descrizione dei titoli accademici e di servizio, l'interessato può completarne l'elencazione, utilizzando una fotocopia della relativa pagina. Di tale allegazione occorre farne menzione.

4. Si raccomanda di compilare la domanda in stampatello, affinché sia perfettamente leggibile, onde consentire la valutazione ed i necessari controlli di veridicità, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 445/00.

5. In relazione ai titoli accademici, di studio e di servizio, il dichiarante deve sempre indicare i dati (denominazione, indirizzo) atti a consentire l'identificazione delle rispettive amministrazioni affinché si possa provvedere all'accertamento della veridicità delle dichiarazioni ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000.

6. L'interessato ha facoltà di allegare copia fotostatica non autenticata, di documenti e certificati di servizio, di cui sia già in possesso, compilando l'apposita dichiarazione di conformità agli originali.

Si precisa che, a seguito dell'entrata in vigore dell'art. 15, L. 12 novembre 2011, n. 183 che ha introdotto il comma 2 dell'art. 40, DPR 445/2000, potranno essere prodotti solo i certificati rilasciati prima del 01/01/2012.

7. La domanda deve essere spedita a mezzo Raccomandata A.R. entro e non oltre il 31/01/2017 a:

**Regione Sardegna - Assessorato Regionale dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza sociale –
Servizio della Programmazione sanitaria e economico finanziaria e controllo di gestione
Via Roma, 223 - 09123 CAGLIARI.**

Per l'accoglimento della domanda farà fede il timbro postale.

8. I medici che presentano istanza di inclusione nella graduatoria regionale per la prima volta devono presentare il **MODELLO A** di domanda; i medici che sono già inclusi nella graduatoria valevole per il 2017 devono utilizzare il **MODELLO B** di domanda e devono presentare o dichiarare solo i titoli acquisiti nel corso dell'anno 2016, nonché eventuali titoli di servizio non presentati per le precedenti graduatorie.

ATTENZIONE:

- La presente domanda deve essere in regola con le norme sull'imposta di bollo e le disposizioni di legge vigenti.
- Verranno escluse tutte le domande sprovviste di un documento di identità, in corso di validità, del sottoscrittore.