

## AVVISO PUBBLICO

### SI RENDE NOTO

Che questa Area Vasta ha intenzione di predisporre una graduatoria al fine dell'eventuale conferimento di incarichi provvisori e/o di sostituzione per il Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale, presso le postazioni dislocate nell'AV3.

Le domande, debitamente compilate e sottoscritte, utilizzando l'allegato modello, unitamente a fotocopia di un valido documento di riconoscimento in corso di validità (eventuale copia del permesso di soggiorno, dal quale si possa accertare la regolare presenza in Italia del candidato), dovranno essere indirizzate alla:

**Direzione Amministrativa Territoriale dell'Area Vasta n. 3 – Sede Macerata e dovranno essere inoltrate tramite:**

- a) **servizio postale** - Via Annibaldi, 31/L – 62100 Piediripa di Macerata. Nella busta dovrà essere fatta la seguente menzione: “domanda di partecipazione all'avviso pubblico per graduatoria EST”.
- b) **posta elettronica certificata** esclusivamente all'indirizzo di posta elettronica (indirizzo P.E.C. [areavasta3.asur@emarche.it](mailto:areavasta3.asur@emarche.it)). In tal caso il candidato dovrà essere titolare della casella di posta elettronica certificata utilizzata per l'inoltro della domanda. Nell'oggetto della mail dovrà essere riportata la seguente dicitura “domanda di partecipazione all'avviso pubblico per graduatoria EST”. Sia la domanda che la documentazione allegata dovranno essere inviate esclusivamente in un unico file - formato PDF., firmata dal candidato in maniera autografa e scansionata.
- c) **direttamente all'Ufficio Protocollo dalle ore 10.00 alle ore 13.00 di tutti i giorni feriali**. Si precisa che gli operatori dell'Amministrazione non sono abilitati al controllo circa la regolarità della domanda e dei relativi allegati.

E' esclusa ogni altra forma di presentazione e trasmissione. Il termine fissato per la presentazione delle domande e dei documenti è perentorio; l'eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetto.

**Le domande dovranno pervenire, a pena di esclusione, entro il termine perentorio del giorno**

**31 gennaio 2018**  
**(NON FARA' FEDE IL TIMBRO POSTALE)**

La firma in calce alla domanda, ai sensi dell'art.39 del DPR 445/00, non deve essere autenticata: la mancata sottoscrizione della domanda, ancorché spedita tramite PEC, costituisce motivo di esclusione.

L'Area Vasta n. 3 declina ogni responsabilità per eventuale smarrimento della domanda o dei documenti spediti a mezzo del Servizio Postale con modalità ordinarie, nonché per il caso di dispersione di comunicazioni dipendenti dalla inesatta indicazione del recapito da parte del candidato o da mancata, oppure tardiva, comunicazione del cambiamento di indirizzo indicato nella domanda o per eventuali disguidi postali o telematici non imputabili a colpe dell'Amministrazione stessa.

Possono concorrere al conferimento degli incarichi provvisori di Emergenza Sanitaria Territoriale, solo i medici in possesso **dell'attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso previsto ai sensi dell'art. 96 dell'ACN/MMG.**

**Criteri per la redazione della graduatoria:**

La graduatoria sarà predisposta secondo i criteri previsti dall'art. 16 e dalla norma transitoria n°7 dell'A.C.N./2009, con priorità per i medici residenti nell'Area Vasta n. 3, sarà valida per un anno e comunque fino alla approvazione di una nuova graduatoria.

1	Medici iscritti nella graduatoria Regione Marche (art. 15, c. 12 ACN/2009), ▪ Non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in M.G.	A) Residenti nell'Area Vasta n. 3	Graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale (art. 16 ACN 29/07/2009)
		B) Residenti nella Regione Marche	Graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale (art. 16 ACN 29/07/2009)
		C) Residenti fuori Regione	Graduati secondo il punteggio della graduatoria regionale (art. 16 ACN 29/07/2009)
2	Medici in possesso del Diploma di formazione specifica in Medicina Generale (art.15, c.12 - norma trans.4 ACN/2009) ▪ Non iscritti a scuole di specializzazione (norma fin. 2 c. 4)	A) Residenti nell'Area Vasta n. 3	Graduati secondo: 1. minore età al momento del conseguimento laurea 2. voto di laurea 3. anzianità di laurea
		B) Residenti nella Regione Marche	
3	Medici in possesso del titolo di abilitazione alla data del 31/12/1994 ▪ Non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in Medicina Generale	A) Residenti nell'Area Vasta n. 3	Graduati secondo: 1. minore età al momento del conseguimento laurea 2. voto di laurea 3. anzianità di laurea
		B) Residenti nella Regione Marche	
4	Medici in possesso del titolo di abilitazione successivamente alla data del 31/12/1994 (norma fin.5 ACN/2009) ▪ Non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in Medicina Generale	A) Residenti nell'Area Vasta n. 3	Graduati secondo i criteri previsti dall'art. 16 dell'ACN per la redazione della graduatoria reg.le degli aspiranti al convenzionamento.
		B) Residenti nella Regione Marche	
5	Medici residenti fuori Regione. ▪ Non iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in Medicina Generale	Graduati secondo l'ordine sopra utilizzato e con i criteri previsti nelle rispettive categorie, con priorità per i residenti nelle Regioni limitrofe	Non saranno graduati i Medici residenti fuori Regione iscritti a scuole di specializzazione/corso di formazione specifica in Medicina Generale

**N.B.:** per tutte le categorie sarà data priorità ai medici che non detengono alcun rapporto di lavoro PUBBLICO o PRIVATO e/o che siano titolari di borse di studio anche inerenti a corsi di specializzazione/dottorati di ricerca.

**Ai sensi dell'art. 17, c.5, l'accertamento di situazioni di incompatibilità, condurrà alla revoca immediata dell'incarico ed alla cancellazione dalla graduatoria di disponibilità.**

Per quanto riguarda la valutazione:

1. **titoli di servizio** previsti dal punto 4 del presente bando si farà riferimento ai punteggi stabiliti dall'art. 16 dell'A.C.N. MMG/2009, precisando che il possesso degli stessi sarà valutato alla data del 31/12/2017.

2. Per i **titoli di studio** il possesso sarà valutato alla scadenza del presente bando.
3. Le attività non espressamente previste nell'art. 16 dell'A.C.N./MMG. non possono e non verranno valutate, così come non saranno valutate le attività di servizio eventualmente svolte durante i periodi formativi (ivi compreso le attività svolte dai medici iscritti a corso formazione in MG, soprannumerari).

Non si prenderanno in considerazione domande non redatte secondo il fac-simile allegato, non firmate o non debitamente compilate, ivi compreso dichiarazioni di servizio redatte in forma illeggibile o generica.

Il medico che accetta l'incarico potrà essere destinato presso qualunque POTES dell'Area Vasta n. 3. L'incarico avrà durata da stabilirsi di volta in volta in base alle necessità organizzative del servizio e comunque non potrà superare i 12 mesi (dodici).

Si precisa infine che, essendo il Sistema Regionale di Emergenza Urgenza 118 in fase di riorganizzazione, la presente pubblicazione non rappresenta un impegno al conferimento degli incarichi, da parte della scrivente Area Vasta, che valuterà l'effettivo fabbisogno alla luce del mutato quadro organizzativo.

Ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003 (Legge sulla Privacy) i dati personali indicati sulla domanda di ammissione verranno utilizzati esclusivamente ai fini della procedura disciplinata dal presente avviso.

Questa Area Vasta n. 3 si riserva la facoltà di prorogare, modificare, sospendere o revocare il presente avviso, dandone comunicazione agli interessati.

Per ogni eventuale informazione:

Dott.ssa Eva Ceccotti ☎ 0733-823475

[eva.ceccotti@sanita.marche.it](mailto:eva.ceccotti@sanita.marche.it)

**IL DIRETTORE DELL'AREA VASTA N.3**

*Dott. Alessandro Maccioni*

Area Vasta n°3  
Direzione Amministrativa Territoriale  
Belvedere Raffaello Sanzio, 1  
**62100 MACERATA**

...l... sottoscritt... Dott.....  
nat.... a ..... prov..... Il .....  
residente a..... prov..... C.A.P. ....  
Via/c.so ..... N°.....  
cell. n°..... CODICE FISCALE .....  
e-mail:.....

### **CHIEDE**

Di essere inserito nella graduatoria dei medici disponibili per incarichi a tempo determinato (provvisori e di sostituzione) di questa Area Vasta per il settore dell’Emergenza Sanitaria Territoriale.

Le dichiarazioni, di cui al presente avviso, sono rese ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000; sono a conoscenza delle sanzioni di cui all’art. 76, in caso di false dichiarazioni e della conseguenza che l’accertamento di dichiarazioni mendaci comporterà la decadenza dai benefici conseguiti in relazione alla presente istanza.
---

Data .....

Firma per esteso .....

**La dichiarazione è sottoscritta dall’interessato e inviata insieme a copia fotostatica, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore all’ufficio competente.**

---

#### **Informativa resa dall’interessato per il trattamento dei dati personali**

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi 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 per esteso .....

## DICHIARA

- di essersi laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli studi di ..... in data ..... con voto .....
- di essersi abilitato alla professione in data .....
- di essere iscritto all'Ordine dei medici della provincia di ..... dal .....
- di essere/non essere incluso nella vigente **graduatoria regionale di settore del servizio EST** della Regione Marche col punteggio di .....
- di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale, di cui al D.lgs. 256/91 conseguito in data ..... presso Regione ....., (ovvero indicare data di iscrizione al corso) .....
- di essere in possesso dell'attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso previsto ai sensi dell'art. 96 dell'ACN/MMG, conseguito in data ..... presso ....., (indicare ente che ha rilasciato l'attestato),
- di essere/non essere iscritto a corso di formazione specifica di medicina generale D.lgs. 256/91: (indicare data di iscrizione ed eventuale forma sovrannumeraria) ..... regione .....
- di essere/non essere iscritto a corso di Specializzazione: (indicare tipo di corso, anno di iscrizione, durata del corso) ..... dal ..... durata anni..... c/o Università degli Studi .....
- di essere/non essere in possesso della Specializzazione in ....., conseguita in data ..... presso Università degli Studi ....., (indicare data di iscrizione al corso) .....
- di essere/non essere titolare di borsa di studio/dottorato di ricerca: (se sì, indicare tipo borsa e soggetto erogatore e data inizio) .....
- di non trovarsi in situazione di incompatibilità ai sensi dell'art. 17 dell'A.C.N./2009.

### **Dichiara altresì il possesso dei seguenti titoli di studio e di servizio:**

#### ***I - Titoli accademici e di studio:***

- Diploma di laurea conseguito con voto 110/110 e 110/110 lode o 100/100 e 100/100 e lode.
- Diploma di laurea conseguito con voti da 105/110 a 109/110 o da 95/100 a 99/100.
- Diploma di laurea conseguito con voti da 100/110 a 104/110 o da 90/100 a 94/100.
- a) Specializzazione o libera docenza in medicina generale o discipline equipollenti ai sensi delle vigenti disposizioni: per ciascuna specializzazione o libera docenza:

## SPECIALIZZAZIONE

1) \_\_\_\_\_  
 2) \_\_\_\_\_  
 3) \_\_\_\_\_

## LIBERA DOCENZA

1) \_\_\_\_\_  
 2) \_\_\_\_\_  
 3) \_\_\_\_\_

- b) Specializzazione o libera docenza in discipline affini a quella di medicina generale ai sensi delle vigenti disposizioni: per ciascuna specializzazione o libera docenza:

## SPECIALIZZAZIONE

1) \_\_\_\_\_  
 2) \_\_\_\_\_  
 3) \_\_\_\_\_

## LIBERA DOCENZA

1) \_\_\_\_\_  
 2) \_\_\_\_\_  
 3) \_\_\_\_\_

- Attestato di formazione in medicina generale di cui all'art.1, comma 2, e all'art. 2, comma 2, del D.L.vo n. 256/91 e delle corrispondenti norme del D.L.vo n. 368/99, e di cui al D.L.vo n. 277/2003.

**II - Titoli di servizio**

- a) Attività, sia a tempo indeterminato che determinato, di medico di assistenza primaria convenzionato ai sensi dell'art. 48 della legge 833/78 e dell'art. 8, comma 1, del D.L.vo n. 502/92 compresa quella svolta in qualità di associato: per ciascun mese complessivo:

ASL/ZT _____	DAL _____	AL _____
ASL/ZT _____	DAL _____	AL _____
ASL/ZT _____	DAL _____	AL _____
ASL/ZT _____	DAL _____	AL _____

- b) Attività di sostituzione del medico di assistenza primaria convenzionato con il S.S.N. solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi (le sostituzioni dovute ad attività sindacale del titolare sono valutate anche se di durata inferiore a 5 giorni). Le sostituzioni effettuate su base oraria ai sensi dell'art. 37 sono valutate con gli stessi criteri di cui alla lettera c): per ciascun mese complessivo:

ASL/ZT _____	DAL _____	AL _____
ASL/ZT _____	DAL _____	AL _____
ASL/ZT _____	DAL _____	AL _____
ASL/ZT _____	DAL _____	AL _____

- c) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o anche a titolo di sostituzione, nei servizi di guardia medica e di continuità assistenziale in forma attiva: **per ogni mese ragguagliato a 96 ore di attività.** (Per ciascun mese solare non può essere considerato un numero di ore superiore a quello massimo consentito dall'accordo nazionale relativo al settore):

**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 _____

**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.

c1) Servizio effettivo con incarico a tempo determinato e indeterminato nella emergenza sanitaria territoriale: per ogni mese 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 _____

**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 _____

c2) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o determinato o di sostituzione nella medicina dei servizi: per ogni mese di **attività ragguagliato a 96 ore 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 _____

c3) Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate: **per ogni mese di attività corrispondente a 52 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 _____

d) Attività programmata nei servizi territoriali, di continuità assistenziale, o di emergenza sanitaria territoriale in forma di reperibilità, ai sensi del presente accordo: **per ogni mese ragguagliato a 96 ore 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 _____

e) Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende: per ciascun mese complessivo:

**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 _____

f) 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: per ciascun mese:  
(inserire la data di inizio e di fine servizio) \_\_\_\_\_

g) Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina: per ciascun mese:  
(inserire la data di inizio e di fine servizio) \_\_\_\_\_

h) 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: per ciascun mese complessivo:

ASL/ZT	_____	DAL	_____	AL	_____
ASL/ZT	_____	DAL	_____	AL	_____
ASL/ZT	_____	DAL	_____	AL	_____
ASL/ZT	_____	DAL	_____	AL	_____

i) 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: per ciascun mese:

ASL/ZT	_____	DAL	_____	AL	_____
ASL/ZT	_____	DAL	_____	AL	_____
ASL/ZT	_____	DAL	_____	AL	_____
ASL/ZT	_____	DAL	_____	AL	_____

l) 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, per ogni mese di attività:

ASL/ZT	_____	DAL	_____	AL	_____
ASL/ZT	_____	DAL	_____	AL	_____
ASL/ZT	_____	DAL	_____	AL	_____
ASL/ZT	_____	DAL	_____	AL	_____

m) 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, per ogni mese complessivo di attività(\*):

ASL/ZT	_____	DAL	_____	AL	_____
ASL/ZT	_____	DAL	_____	AL	_____
ASL/ZT	_____	DAL	_____	AL	_____
ASL/ZT	_____	DAL	_____	AL	_____

(\* 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.

n) 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 decreto ministeriale 1° settembre 1988 n.430: per ciascun mese complessivo:

ASL/ZT _____	DAL _____	AL _____
ASL/ZT _____	DAL _____	AL _____
ASL/ZT _____	DAL _____	AL _____
ASL/ZT _____	DAL _____	AL _____

Data .....

Firma per esteso .....

**La dichiarazione è sottoscritta dall'interessato e inviata insieme a copia di un documento di identità in corso di validità.**

**Informativa resa dall'interessato per il trattamento dei dati personali**

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi 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 per esteso .....