

**DETERMINA DEL DIRETTORE DELLA
AREA VASTA N. 1
N. DEL**

**Oggetto: AVVISO PUBBLICO PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO DI
SOSTITUZIONE DI ASSISTENZA PRIMARIA NEL COMUNE DI FANO**

**IL DIRETTORE DELLA
AREA VASTA N. 1**

.....

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente determina, dal quale si rileva la necessità di provvedere a quanto in oggetto specificato;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di adottare il presente atto;

VISTA l'attestazione dei responsabili del Bilancio e del Controllo di Gestione circa la copertura economico/finanziaria del presente atto;

- D E T E R M I N A -

- 1) di indire un avviso pubblico (che si allega, quale parte integrante e sostanziale del presente atto), per il conferimento di un incarico di sostituzione di Assistenza Primaria nel Comune di Fano, per n. 1 mese, eventualmente rinnovabile fino a 6 mesi, a decorrere dal 01/12/2019, e cesserà in ogni caso al rientro del medico titolare della convenzione, assente per malattia, in conformità all'art. 37 dell'ACN MMG del 29.07.2009 e all'Accordo Integrativo Regionale DGRM n. 751 del 02.07.07, pubblicato sul BUR n. 67 del 26/07/2007;
- 2) di stabilire che la scadenza per la presentazione delle domande è prevista trascorsi n. 10 giorni da quello successivo alla pubblicazione del presente atto sull'albo pretorio del sito ASUR Marche e che dovrà essere data adeguata pubblicità dello stesso, mediante invio all'Ordine dei Medici;
- 3) di dare atto che dalla presente determina non deriva alcun onere a carico della Area Vasta 1;
- 4) di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della LR 26/96;
- 5) di dichiarare il presente atto, non è soggetto al controllo regionale ed è efficace dal giorno della pubblicazione sul sistema attiveb salute albo pretorio informatico, a norma dell'art. 28 della L.R. n.26/96, come sostituito dell'art. 1 della L.R. n. 36/2013;

Dr. Romeo Magnoni



- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -

(U.O.C. GESTIONE AMMINISTRATIVA PERSONALE CONVENZIONATO E STRUTTURE ACCREDITATE)

Normativa di riferimento:

- Art 38 dell' Accordo Collettivo nazionale 29/07/2007, per la disciplina dei rapporti con i medici di Medicina generale ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni;

Con nota acquisita al protocollo generale, ed agli atti di questo ufficio, la dr.ssa B.F., medico di assistenza primaria nel Distretto di Fano – con ambulatorio nel Comune di Fano – ha comunicato la sua assenza, a decorrere dal 05/11/2019, a seguito di un evento improvviso che l'ha costretta in malattia per un periodo che, al momento, non può essere quantificato.

Lo stesso medico ha individuato i suoi sostituti, comunicandone correttamente i nominativi a questi uffici.

Visto il protrarsi della sospensione, questa UOC Gestione Amministrativa Personale Convenzionato e Strutture Accreditate ritiene che sia necessario predisporre un avviso pubblico per il conferimento di un incarico di sostituzione, ad un medico che abbia i requisiti richiesti dall'art. 37 comma 3 dell'ACN MMG del 29/07/2009.

Tuttavia, qualora le domande pervenute non rispondessero ai requisiti sopra citati, stante la necessita e l'urgenza di conferire l'incarico in oggetto, si provvederà, in subordine, alla valutazione delle domande presentate dai medici che, seppur terminata la frequenza del Corso di Formazione in Medicina Generale, non abbiano ancora conseguito il relativo Attestato ed infine a tutti coloro che siano abilitati ed iscritti all'ordine dei medici, seppur non in possesso di una delle condizioni di cui sopra.

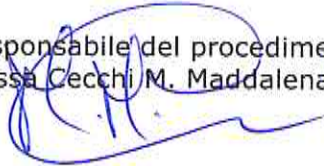
Dal presente provvedimento non derivano oneri economici a carico del bilancio dell'Area Vasta 1.

Si attesta la regolarità tecnica della presente proposta di Determina

- 1) di indire un avviso pubblico (che si allega, quale parte integrante e sostanziale del presente atto), per il conferimento di un incarico di sostituzione di Assistenza Primaria nel Comune di Fano, per n. 1 mese, eventualmente rinnovabile fino a 6 mesi, a decorrere dal 01/12/2019, e cesserà in ogni caso al rientro del medico titolare della convenzione, assente per malattia, in conformità all'art. 37 dell'ACN MMG del 29.07.2009 e all'Accordo Integrativo Regionale DGRM n. 751 del 02.07.07, pubblicato sul BUR n. 67 del 26/07/2007;
- 2) di stabilire che la scadenza per la presentazione delle domande è prevista trascorsi n. 10 giorni da quello successivo alla pubblicazione del presente atto sull'albo pretorio del sito ASUR Marche e che dovrà essere data adeguata pubblicità dello stesso, mediante invio all'Ordine dei Medici;
- 3) di dare atto che dalla presente determina non deriva alcun onere a carico della Area Vasta 1;
- 4) di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della LR 26/96;

- 5) di dichiarare il presente atto, non è soggetto al controllo regionale ed è efficace dal giorno della pubblicazione sul sistema attiweb salute albo pretorio informatico, a norma dell'art. 28 della L.R. n.26/96, come sostituito dell'art. 1 della L.R. n. 36/2013;

Il Responsabile del procedimento
Dott.ssa Cecchi M. Maddalena



Il Responsabile dell'istruttoria
Dott.ssa Rossella Cavallo



IL DIRIGENTE UOC F.F.
Dott.ssa Anna Maria Lisi



Per il parere infrascritto:

RAGIONERIA – BILANCIO E CONTROLLO DI GESTIONE:

Si attesta che dal presente atto non derivano oneri economici a carico del Bilancio dell' Area Vasta 1, così come dichiarato dal Responsabile del procedimento.

Il Responsabile Controllo di Gestione
Dr.ssa Olivetti Anna



Il Responsabile del Bilancio
Dr.ssa Cardinali Laura



La presente determina consta di n. 12 pagine di cui n. 9 pagine di allegati che formano parte integrante della stessa.

- ALLEGATI -

ALLEGATO A – AVVISO PUBBLICO
ALLEGATO B – MODULO DI DOMANDA

Allegato A

AVVISO PUBBLICO

PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO DI SOSTITUZIONE DI ASSISTENZA PRIMARIA NEL COMUNE DI FANO DEL DISTRETTO DI FANO

SI RENDE NOTO

che questa Area Vasta n. 1, procederà al conferimento di un incarico di sostituzione di assistenza primaria, nel Comune di FANO- Distretto di Fano, ai sensi dell'art. 37 dell'ACN mmg del 29/07/2009, per un periodo di mesi 1, eventualmente rinnovabile fino a 6 mesi, a decorrere dal 01/12/2019 e cesserà in ogni caso al rientro del titolare della convenzione, assente per malattia.

I medici interessati, con priorità per quelli residenti nell'ambito stesso (tutti i Comuni del Distretto di Urbino) saranno graduati secondo l'ordine della Graduatoria regionale di settore, valevole per l'anno 2019.

I medici in possesso dell'Attestato del Corso di Formazione in M.G., potranno partecipare al presente avviso e saranno graduati secondo la minore età al momento del conseguimento della laurea.

In subordine, potranno partecipare all'avviso i medici che, seppur avendo terminato il Corso di Formazione in MG, non abbiano ancora conseguito il relativo attestato e, successivamente, tutti i medici abilitati alla professione medica ed iscritti all'ordine dei medici, che saranno graduati in base al punteggio dei titoli di servizio, ai sensi dell'art. 16 dell'ACN del 29/07/2009, maturato alla data del 31/10/2019.

Gli aspiranti dovranno presentare domanda redatta in carta semplice, secondo il modello che si allega al presente avviso, a pena di nullità, consegnandola direttamente all'Ufficio protocollo di Via Ceccarini, 38 – FANO PU, o a mezzo pec al seguente indirizzo areavasta1.asur@emarche.it entro e non oltre il 10° giorno successivo alla pubblicazione sull'albo pretorio dell'ASUR Marche.

Non si prenderanno in considerazione domande non redatte secondo il fac-simile allegato, non firmate, non debitamente compilate e/o fatte pervenire a mezzo fax.

I candidati dovranno inviare, insieme alla domanda, anche la fotocopia di un valido documento di riconoscimento ed eventualmente copia del permesso di soggiorno o di qualsiasi altro documento valido dal quale si possa accertare la regolare presenza in Italia del candidato.

La Area Vasta 1 si riserva la facoltà di prorogare, modificare, sospendere o revocare il presente avviso, dandone comunicazione, agli interessati, tramite il sito internet, dell'Asur Marche.

**Il Direttore di Area Vasta
Dr. Romeo Magnoni**

Allegato B

DOMANDA PER IL CONFERIMENTO DI UN INCARICO DI SOSTITUZIONE DI ASSISTENZA PRIMARIA NEL COMUNE DI FANO DEL DISTRETTO DI FANO

AL DIRIGENTE F.F. U.O.C. GESTIONE AMMINISTRATIVA
PERSONALE CONVENZIONATO AVI
VIA CECCARINI, 38
61032 FANO (PU)

Il/La sottoscritto/a Dott.

chiede di essere inserito nella graduatoria di disponibilità per il conferimento di un incarico di sostituzione di assistenza primaria nel Comune di Fano – Distretto di Fano – dell’Area Vasta 1, dal 01/12/2019, ed a tal fine, consapevole delle sanzioni penali, previste dall’art. 76 del DPR 445 del 28/12/2000 anche per i reati di “falsità in atti” e “uso di atto falso”, dichiara sotto la propria personale responsabilità (barrare la voce che interessa)

- 1) di essere inserito nella graduatoria Regione Marche del settore Assistenza Primaria (art.15 c.12 A.C.N./2009) valevole per l’anno 2019 con il punteggio di _____

OPPURE

- 2) di essere in possesso dell’Attestato del Corso di Formazione in M.G., conseguito nell’anno _____ presso _____ ancorchè non inseriti nella Graduatoria Regionale di settore vigente

OPPURE

- 3) di non essere ancora in possesso dell’Attestato del Corso di Formazione in M.G., ma di aver concluso il periodo formativo

OPPURE

- 4) di essere abilitato all’esercizio della professione medica ed essere iscritto all’ordine dei medici di _____ al n. _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE EX ART 46 DPR 445/2000 (compilare correttamente ogni punto):

- di essere nato/a a _____ in data _____;
- di risiedere a _____ ()_Cap. _____ Regione _____
in via _____ n. _____
- cittadinanza _____ (se non italiana) stato di provenienza _____ permesso di _____

- soggiorno rilasciato il _____ scadenza _____,
- codice fiscale _____;
 - _____
 - di essersi laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli studi di _____
 - in data _____ (giorno/mese/anno) con votazione _____;
 - di essersi abilitato alla professione in data _____;
 - di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi-Odontoiatri di _____ il _____
 - al n° _____;
 - Di avere/non avere tutt'ora in corso, rapporti di lavoro pubblici/privati _____ se sì, indicare il tipo di rapporto _____ n. ore sett.li _____ periodo dal _____ al _____ c/o - datore di lavoro _____

LA PARTE CHE SEGUE E' RISERVATA AI MEDICI INSERITI NEL PUNTO 3), AI FINI DELLA VALUTAZIONE PER L'INSERIMENTO IN GRADUATORIA:

I - Titoli accademici e di studio:

- Diploma di laurea conseguito con voto 110/110 e lode o 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 (D.M.10/03/1983 e succ.mod. tab.B): per ciascuna specializzazione o libera docenza:

SPECIALIZZAZIONE

- 1) _____
- 2) _____

LIBERA DOCENZA

- 1) _____
- 2) _____

b) Specializzazione o libera docenza in discipline affini a quella di medicina generale ai sensi delle vigenti disposizioni (D.M.10/03/1983 e succ.mod. tab.B): per ciascuna specializzazione o libera docenza:

SPECIALIZZAZIONE

- 1) _____
- 2) _____

LIBERA DOCENZA

- 1) _____
- 2) _____

- 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. 77/2003.**

II - Titoli di servizio – SPECIFICARE LE ORE DI SERVIZIO RESE MENSILMENTE (per ogni attività svolta ai punti sottoindicati)

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:

U.S.L./A.V. _____ DAL _____ AL _____
 U.S.L./A.V. _____ DAL _____ AL _____
 U.S.L./A.V. _____ 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:**

U.S.L./A.V. _____ DAL _____ AL _____
 U.S.L./A.V. _____ DAL _____ AL _____
 U.S.L./A.V. _____ DAL _____ AL _____
 U.S.L./A.V. _____ 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 _____

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 _____	Luglio	dal _____ al _____
Febbraio	dal _____ al _____	Agosto	dal _____ al _____
Marzo	dal _____ al _____	Settembre	dal _____ al _____
Aprile	dal _____ al _____	Ottobre	dal _____ al _____
Maggio	dal _____ al _____	Novembre	dal _____ al _____
Giugno	dal _____ al _____	Dicembre	dal _____ al _____

Anno:.....Azienda Sanitaria Locale.....

Gennaio	dal _____ al _____	Luglio	dal _____ al _____
Febbraio	dal _____ al _____	Agosto	dal _____ al _____
Marzo	dal _____ al _____	Settembre	dal _____ al _____
Aprile	dal _____ al _____	Ottobre	dal _____ al _____
Maggio	dal _____ al _____	Novembre	dal _____ al _____
Giugno	dal _____ al _____	Dicembre	dal _____ al _____

Anno:.....Azienda Sanitaria Locale.....

Gennaio	dal _____ al _____	Luglio	dal _____ al _____
Febbraio	dal _____ al _____	Agosto	dal _____ al _____
Marzo	dal _____ al _____	Settembre	dal _____ al _____
Aprile	dal _____ al _____	Ottobre	dal _____ al _____
Maggio	dal _____ al _____	Novembre	dal _____ al _____
Giugno	dal _____ al _____	Dicembre	dal _____ al _____

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 _____

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 _____	Luglio	dal _____ al _____
Febbraio	dal _____ al _____	Agosto	dal _____ al _____
Marzo	dal _____ al _____	Settembre	dal _____ al _____
Aprile	dal _____ al _____	Ottobre	dal _____ al _____
Maggio	dal _____ al _____	Novembre	dal _____ al _____
Giugno	dal _____ al _____	Dicembre	dal _____ al _____

Anno:.....Azienda Sanitaria Locale.....

Gennaio	dal _____ al _____	Luglio	dal _____ al _____
Febbraio	dal _____ al _____	Agosto	dal _____ al _____
Marzo	dal _____ al _____	Settembre	dal _____ al _____
Aprile	dal _____ al _____	Ottobre	dal _____ al _____
Maggio	dal _____ al _____	Novembre	dal _____ al _____
Giugno	dal _____ al _____	Dicembre	dal _____ al _____

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:

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

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:

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

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:

dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT _____

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:

dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT _____

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:

Anno:.....Azienda Sanitaria Locale.....

Gennaio	dal _____ al _____	Luglio	dal _____ al _____
Febbraio	dal _____ al _____	Agosto	dal _____ al _____
Marzo	dal _____ al _____	Settembre	dal _____ al _____

Aprile	dal _____ al _____	Ottobre	dal _____ al _____
Maggio	dal _____ al _____	Novembre	dal _____ al _____
Giugno	dal _____ al _____	Dicembre	dal _____ al _____

Anno:.....Azienda Sanitaria Locale.....

Gennaio	dal _____ al _____	Luglio	dal _____ al _____
Febbraio	dal _____ al _____	Agosto	dal _____ al _____
Marzo	dal _____ al _____	Settembre	dal _____ al _____
Aprile	dal _____ al _____	Ottobre	dal _____ al _____
Maggio	dal _____ al _____	Novembre	dal _____ al _____
Giugno	dal _____ al _____	Dicembre	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:

dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso la ASL / ZT _____

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:

dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ per gg _____ presso _____

Dichiara, inoltre:

- DI NON TROVARSI IN POSIZIONE DI INCOMPATIBILITÀ AI SENSI DELL'ART.17, COMMA 1, LETTERE B)-C)-D)-E) E COMMA 2, LETTERE A)-B)-C)-D)-F).

– per comunicazioni inviare a _____ via _____

città _____ prov. _____ CAP _____ cellulare _____

e-mail (obbligatoria) _____;

Si allega copia documento d'identità.

Si allega (se non cittadino italiano) copia del permesso di soggiorno o di qualsiasi altro documento valido dal quale si possa accertare la regolare presenza in Italia del candidato.

Luogo e data _____

In fede _____

Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali

Dichiaro, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al 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.

Luogo e data _____

In fede _____