



Regione Siciliana

DOMANDA DI INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA REGIONALE DI MEDICINA GENERALE VALIDA PER L'ANNO 2007

Marca da bollo

All'Assessorato Regionale Sanità
Servizio 4° - U.O.B. 4.1
Dipartimento Assistenza Sanitaria
ed Ospedaliera
Piazza O. Ziino n° 24
90145 Palermo

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ prov. _____ il _____

Codice Fiscale _____ comune di residenza _____

prov. _____ indirizzo _____ n° _____

C.A.P. _____ tel. n° _____

Inserito nella Graduatoria valida per l'anno 2006 **Si** **No**
(barrare la casella che interessa)

indicare l'anno dell'ultima Graduatoria di Medicina Generale nella quale si è stati inseriti: _____

CHIEDE

di essere inserito nella Graduatoria Regionale, valida per l'anno 2007, relativa al settore di:

- ? **Assistenza primaria**
 - ? **Continuità Assistenziale**
 - ? **Emergenza Sanitaria Territoriale**
- (barrare la/e casella/e che interessa)

ACCLUDE

N°.....dichiarazioni sostitutive di certificazione (autocertificazione)

N°.....dichiarazioni sostitutive dell'atto notorio

N°.....certificati

Copia fotostatica di un documento di identità

Data.....

Firma.....

AVVERTENZE ED ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE

I medici che aspirano ad essere inseriti nelle Graduatorie annuali di settore per l'accesso alle attività di assistenza primaria e continuità assistenziale, devono possedere alla data di scadenza del termine per la presentazione della domanda (31/01/2006) i seguenti requisiti:

- ? **Iscrizione all'Albo Professionale;**
- ? **Essere in possesso dell'attestato di Formazione in Medicina Generale, o Titolo Equipollente, come previsto dai Decreti Legislativi dell' 08/08/91 n° 256, del 17/08/99 n° 368 e n° 277 dell' 08/07/03.**

I medici che aspirino ad essere inseriti nella graduatoria annuale di settore per l'Emergenza Sanitaria Territoriale, devono possedere, alla scadenza del termine per la presentazione della domanda (31/01/2006), oltre ai requisiti di cui al punto precedente anche **l'Attestato di idoneità all'esercizio delle attività di Emergenza Sanitaria Territoriale.**

La mancata presentazione della documentazione comprovante il possesso dei requisiti comporta l'esclusione dalla graduatoria.

La domanda, in regola con le vigenti leggi in materia di imposta di bollo, deve essere spedita a mezzo raccomandata o consegnata a mano entro e non oltre il **31/01/2006** all'Assessorato Regionale Sanità – Servizio 4° / U.O.B. 4.1 – Dip. Assistenza Sanitaria ed Ospedaliera – Programmazione e Gestione delle risorse carenti del Fondo Sanitario - Piazza O. Ziino n° 24 – 90145 Palermo.

Per l'accoglimento della domanda farà fede il timbro postale o il timbro apposto dall'ufficio protocollo se consegnata a mano.

Ai fini della graduatoria sono valutati solo i titoli di servizio posseduti alla data del 31/12/2005, espressamente previsti ed elencati all'art. 16 A.C.N. del 23/03/05.

Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità della dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio, il medico può trasmettere una copia fotostatica, anche non autenticata, dei certificati di servizio di cui sia già in possesso.

Il medico inserito nella Graduatoria Regionale di Medicina Generale valida per l'anno 2006, oltre a produrre la documentazione comprovante l'iscrizione all'Albo professionale, deve dichiarare solo il possesso dei titoli di servizio acquisiti nel corso dell'anno 2005, ed di eventuali titoli di servizio non presentati nelle precedenti graduatorie.

Il medico già titolare di incarico a tempo indeterminato, per l'attività di Assistenza Primaria e/o Continuità Assistenziale o Emergenza Sanitaria Territoriale, non può inoltrare domanda di inserimento nella relativa graduatoria di settore.

Nel caso in cui, dalla data dell'ultima Graduatoria, siano trascorsi più di **10 (dieci)** anni, il medico è invitato a compilare l'apposita dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, indicando tutti i servizi svolti dal giorno del conseguimento della laurea sino al 31/12/05.

Formazione della graduatoria regionale di medicina generale da valere per l'anno 2007

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE -AUTOCERTIFICAZIONE-

**Esente da
imposta di bollo**

Il sottoscritto Dott. Cognome..... Nome.....

C. F.....

ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D. P. R. 445 del 28/12/2000 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

DICHIARA

1. Di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di.....dal.....
2. Di essere stato iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di.....
dal.....al.....e all'Ordine dei Medici della Provincia di.....
dal.....al.....
3. Di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso
l'Università di.....in data.....con voto.....
4. Di essere abilitato all'esercizio professionale dal.....
5. Di essere in possesso della specializzazione o libera docenza in Medicina Generale
Specializzazione/libera docenza in.....conseguita il.....
presso.....
Specializzazione/libera docenza in.....conseguita il.....
presso.....
6. Di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione in Medicina Generale conseguito
entro il 31/12/2005 presso.....,corso svolto dal.....al.....

7. Di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione in Medicina Generale conseguito tra il 1° ed il 31/01/2006 presso.....
8. Di essere/non essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'Emergenza Sanitaria Territoriale rilasciata dall'Azienda Sanitaria Locale n°
....di..... in data.....

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Data.....

Firma del dichiarante.....
(non soggetta ad autenticazione)

(1) ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D. P. R. 445/00 “ chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia ”.

Formazione della graduatoria regionale di medicina generale da valere per l'anno 2007

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

**Esente da
Imposta di bollo**

Il sottoscritto Dott. Cognome..... Nome.....
C. F.....

ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D. P. R. 445 del 28/12/2000 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

DICHIARA

DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI TITOLI DI SERVIZIO

1. Attività di medico di Assistenza Primaria convenzionato a tempo indeterminato o determinato o svolta in qualità di associato svolta nella regione Sicilia (0.30 punti per mese di attività);
A.S.L. n°.....Distretto di.....dal.....al.....
A.S.L. n°.....Distretto di.....dal.....al.....
A.S.L. n°.....Distretto di.....dal.....al.....
2. Attività di medico di Assistenza Primaria convenzionato a tempo indeterminato o determinato o svolta in qualità di associato fuori dalla regione Sicilia (0.20 punti per mese di attività);
A.S.L. n°.....Distretto di.....dal.....al.....
A.S.L. n°.....Distretto di.....dal.....al.....
A.S.L. n°.....Distretto di.....dal.....al.....
3. 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 gg. continuativi (0.20 punti per mese di attività);
dal.....al.....medico*.....A.S.L.....
dal.....al.....medico*.....A.S.L.....
dal.....al.....medico*.....A.S.L.....
4. Stessa attività di cui al punto precedente dovuta ad attività sindacale anche se di durata inferiore ai 5 gg. 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*.....A.S.L.....
dal.....al.....medico*.....A.S.L.....
dal.....al.....medico*.....A.S.L.....
5. Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione di Continuità Assistenziale (0.20 punti per mese ragguagliato a 96 ore di attività);
- vedi allegato A per la compilazione -

6. Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione nell'Emergenza Sanitaria Territoriale (0.20 punti per ogni mese di attività);
- **vedi allegato A1 per la compilazione** –
7. Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o determinato o di sostituzione nella Medicina dei Servizi (0.20 punti per ogni mese di attività ragguagliato a 96 ore);
- **vedi allegato A2 per la compilazione** –
8. Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate (0.10 punti per mese di attività corrispondente a 52 ore);
A.S.L. n°.....Distretto di.....dal.....al.....
A.S.L. n°.....Distretto di.....dal.....al.....
A.S.L. n°.....Distretto di.....dal.....al.....
9. Attività programmate nei servizi territoriali di Continuità Assistenziale e di Emergenza Sanitaria Territoriale in forma di reperibilità (0.05 per ogni mese di attività ragguagliato a 96 ore); sono valutate solo le ore effettuate in reperibilità fino alla data del 23/03/05 (norma finale n° 9 vigente ACN Medicina Generale)
- **vedi allegato A3 per la compilazione** –
10. Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche, organizzate dalle Regioni o dalle AA. SS. LL. (0.20 punti per mese di attività);
A.S.L. n°.....Distretto di.....dal.....al.....
A.S.L. n°.....Distretto di.....dal.....al.....
A.S.L. n°.....Distretto di.....dal.....al.....
11. Attività, anche in forma di sostituzione, di pediatra di libera scelta se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 gg. continuativi (0.10 punti per mese di attività);
dal.....al.....medico*.....A.S.L.....
dal.....al.....medico*.....A.S.L.....
dal.....al.....medico*.....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);
A.S.L. n°.....Distretto di.....dal.....al.....
A.S.L. n°.....Distretto di.....dal.....al.....
A.S.L. n°.....Distretto di.....dal.....al.....
13. 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 (0.10 punti per mese fino ad un massimo di 12 mesi)
dal.....al.....

14. 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, in concomitanza di incarico, anche provvisorio, di Medicina generale e limitatamente al periodo di concomitanza (0.20 punti per mese)
dal.....al.....
15. Servizio Civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto dopo la Laurea in Medicina e Chirurgia (0.10 punti per mese fino ad un massimo di 12 mesi)
dal.....al.....
16. Servizio Civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto in concomitanza di incarico ai sensi del presente Accordo (0.20 punti per mese fino ad un massimo di 12 mesi)
dal.....al.....
17. Servizio prestato presso Aziende Termali (Legge 24 ottobre 2000 n° 323 art. 8), equiparato all'attività di Continuità Assistenziale, per ogni mese complessivo di attività (0.20 punti per mese)
dal.....al.....
dal.....al.....
18. Servizio effettivo di Medico di Assistenza Primaria, di 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 e del Decreto Ministeriale 1° settembre 1988 n° 430 (0.20 punti per mese)
dal.....al.....
dal.....al.....
18. 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 punti per mese di attività)
dal.....al.....
dal.....al.....

* inserire il nome del medico sostituito

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Data.....(2) Firma del dichiarante.....
(non soggetta ad autenticazione)

(1) ai sensi dell'art. 76 comma 1 D. P. R. 445/00 " chiunque rilascia documentazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia ".

(2) ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D. P. R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore

ALLEGATO "A"

Dott. Cognome Nome.....

C. F.....

Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, o anche a titolo di sostituzione, nei servizi di Guardia Medica o di Continuità Assistenziale

Anno A.S.L. n° Distretto di.....

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.....

ALLEGATO "A1"

Servizio effettivo con incarico a tempo determinato o indeterminato nell'Emergenza Sanitaria Territoriale

Anno A.S.L. n° Distretto di.....

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.....

Firma.....

ALLEGATO "A2"

Dott. Cognome Nome.....
 C. F.....

Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione nella
 Medicina dei Servizi.

Anno	A.S.L. n°	Distretto di.....
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.....

ALLEGATO "A3"

Attività programmata nei servizi territoriali di Continuità Assistenziale o di Emergenza Sanitaria
 Territoriale in forma di reperibilità. (valutabile solo quella espletata fino al 23/03/05)

Anno	A.S.L. n°	Distretto di.....
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.....

Firma.....

