



Regione Siciliana
**DOMANDA DI INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA REGIONALE DI
MEDICINA GENERALE VALIDA PER L'ANNO 2019**

marca da bollo
€ 16,00

**All'Assessorato Regionale della Salute
Dipartimento Pianificazione Strategica
Servizio 1 "Personale del S.S.R. – Dipendente e
Convenzionato"
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° _____

indirizzo PEC _____ E MAIL _____

Inserito nella Graduatoria valida per l'anno **2018** **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 **2019**, relativa al settore di:

- ☐ **Assistenza primaria**
☐ **Continuità Assistenziale**
☐ **Emergenza Sanitaria Territoriale**
(barrare una o più caselle *)

ACCLUDE

N°.....dichiarazioni sostitutive di certificazione (**obbligatoria , pena l'esclusione**)

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

- 1 copia fotostatica di un documento di identità (**obbligatoria , pena l'esclusione, in quanto parte integrante delle superiori dichiarazioni**)

(1) Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

▪ la propria residenza

▪ il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____

provincia _____ indirizzo _____ n. _____ CAP _____

Data.....

Firma.....

AVVERTENZE GENERALI PER LA COMPILAZIONE DELLA DOMANDA E DELLE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE

1. I medici che aspirano ad essere inseriti nelle Graduatorie annuali di settore della medicina generale, devono possedere alla data di scadenza del termine per la presentazione della domanda (31/01/2018) i seguenti requisiti:

³⁵₁₇ Iscrizione all'Albo Professionale;

³⁵₁₇ possesso dell'attestato di Formazione in Medicina Generale, come previsto dai Decreti Legislativi n° 256/91, n° 368/99 e n° 277/03 o titolo equipollente (abilitazione all'esercizio professionale conseguita entro il 31 dicembre 1994).

³⁵₁₇ Per l'inserimento nella Graduatoria annuale di settore per l'Emergenza Sanitaria Territoriale, è richiesto il possesso, alla scadenza del termine per la presentazione della domanda (31/01/2018), oltre che dei requisiti di cui ai punti precedenti, dell'**Attestato di idoneità all'esercizio delle attività di Emergenza Sanitaria Territoriale**.

2. La domanda, debitamente sottoscritta ed in regola con le vigenti norme in materia di imposta di bollo (€ 16,00), deve essere spedita a mezzo raccomandata o consegnata a mano entro e non oltre il 31/01/2018 all'Assessorato Regionale della Salute – Dipartimento pianificazione strategica – Servizio 1 “Personale del S.S.R. - Dipendente e Convenzionato” Piazza Ottavio 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. L'Amministrazione non si assume alcuna responsabilità nel caso di mancato recapito della domanda né per eventuali disguidi postali non imputabili all'Amministrazione stessa. Pertanto la ricevuta rilasciata dall'Ufficio Postale o dall'ufficio protocollo dell'Assessorato se consegnata a mano, saranno gli unici documenti validi da produrre per comprovare l'avvenuta presentazione della domanda.

3. I medici sono tenuti ad indicare esplicitamente (barrando le relative caselle) per quale/i settore/i di attività richiedono l'inserimento.

Si rammenta che i medici titolari di incarico a tempo indeterminato per una o più delle attività della medicina generale, non possono fare domanda di inserimento per il settore di attività nel quale sono già convenzionati.

4. Al fine di snellire le procedure burocratiche e abbreviare i tempi necessari alla formazione della graduatoria, ai sensi di quanto disposto dall'art. 15 dell' A.C.N. del 29/07/09, il medico che risulti già iscritto nella graduatoria regionale valida per il 2018, qualora intenda essere inserito anche nella graduatoria valida per il 2019 deve comunque presentare entro il termine di scadenza, pena il mancato inserimento, relativa domanda, unitamente alle dichiarazioni di cui al punto successivo.

5. Ai sensi del DPR 445/00 e smi i titoli accademici, di studio e di servizio devono essere prodotti utilizzando:

a) per i titoli accademici e di studio, **dichiarazione sostitutiva di certificazione**, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000, come da modello allegato (debitamente sottoscritto e compilato in tutti i punti);

b) per i titoli di servizio, **dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà**, ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445/2000, come da modello allegato (debitamente sottoscritto).

Le dichiarazioni di cui ai precedenti punti dovranno essere spedite, a pena d'esclusione, unitamente a fotocopia di un documento di identità in corso di validità. La domanda priva della sottoscrizione e/o della fotocopia del documento d'identità comporta l'esclusione dalla graduatoria in quanto trattasi di elementi indispensabili, e la loro mancanza non può configurarsi quale mera irregolarità od omissione e pertanto non può essere sanata. (Consiglio di Stato -V Sez – sentenze n. 5677/2013 e n. 7140/2014 e IV Sez – Sentenza n. 2745/2015).

6. Con l'entrata in vigore delle disposizioni della legge 12 novembre 2011, n. 183 le certificazioni rilasciate dalla Pubblica Amministrazione in ordine a stati, qualità personali e fatti sono valide e utilizzabili solo nei rapporti tra privati. Nei rapporti con gli organi della Pubblica Amministrazione **i certificati e gli atti di notorietà sono sempre sostituiti dalle dichiarazioni sostitutive di certificazioni e dalle dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà.** "Le amministrazioni pubbliche hanno l'obbligo di legge di procedere all'acquisizione d'ufficio delle informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive, nonché di tutti i dati e i documenti che siano in possesso delle pubbliche amministrazioni, previa indicazione, da parte dell'interessato, degli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti." **Pertanto, il dichiarante, in relazione ai titoli accademici, di studio e di servizio, deve sempre indicare i dati (denominazione, indirizzo) atti a consentire l'identificazione delle rispettive amministrazioni, affinché si possa provvedere agli adempimenti di cui all'art. 71 del D.P.R. n. 445 e successive modificazioni.**

7. **Ai fini dell'attribuzione del punteggio,** la dichiarazione dei titoli accademici e di servizio dovranno essere presentate in modo tale da poterne consentire la valutazione e non si terrà conto di quella dalla quale non è possibile dedurre i dati di valutazione. Pertanto si ribadisce che **i servizi e le attività svolte vanno indicati in modo completo, specificando, ove richiesto, la tipologia di incarico (a tempo indeterminato, determinato), i mesi di attività e per ciascun mese le ore effettivamente svolte. E' necessaria inoltre l'esatta indicazione dell'A.S.P e / o dell'Ente presso il quale il servizio è stato prestato.**

Ai fini della graduatoria sono valutabili solo i titoli di servizio posseduti alla data del 31/12/2017, espressamente previsti ed elencati all'art. 16 A.C.N. del 29/07/09.

L'amministrazione regionale si riserva di effettuare, in qualsiasi momento, specifici controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rilasciate in attuazione delle disposizioni vigenti in materia. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D. P. R. 445/00)

Le graduatorie regionali sono consultabili sul sito internet: Regione Siciliana - Strutture Regionali- Assessorato Regionale della Salute – Dipartimento per la pianificazione strategica – Servizio 1 “ Personale del S.S.R. – Dipendente e Convenzionato”.

Per eventuali informazioni è possibile rivolgersi ai seguenti numeri telefonici: 091/ 7075782 – 091/ 7075837 – 091/7075566.

Formazione della graduatoria regionale di Medicina Generale da valere per l'anno 2019

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

AUTOCERTIFICAZIONE

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 (gg/mm/a).....con voto.....
4. Di essere abilitato all'esercizio professionale dal.....
5. Di essere in possesso delle specializzazioni o libere docenze:
(1)Specializzazione/libera docenza in.....conseguita il.....
presso....., corso svolto dal.....al.....
(indicare gg/mm/aa)
(2)Specializzazione/libera docenza in.....conseguita il.....
presso....., corso svolto dal.....al.....
(indicare gg/mm/aa)
6. ☐ di essere ☐ di non essere in possesso dell'attestato di formazione in Medicina Generale conseguito entro il 31/12/2017 presso la regione.....
data inizio corso (gg/mm/a) data fine corso (gg/mm/a)
(specificare data di inizio e data di conclusione del corso di formazione)
indicare, se trattasi di attestato conseguito al di fuori della Regione Sicilia l'indirizzo dell'ufficio che detiene gli atti deliberativi :
indirizzo.....n. tel.....
7. ☐ di essere ☐ di non essere in possesso dell'attestato di formazione in Medicina Generale conseguito tra il 1° ed il 31/01/2018 presso la regione.....,
data inizio corso (gg/mm/a)..... data fine corso (gg/mm/a).....
(specificare data di inizio e data di conclusione del corso di formazione)
indicare, se trattasi di attestato conseguito al di fuori della Regione Sicilia l'indirizzo dell'ufficio che detiene gli atti deliberativi :
indirizzo.....n.tel.....

8. ☐ di essere ☐ di non essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'Emergenza Sanitaria Territoriale rilasciata dall'Azienda Sanitaria Provinciale n°di..... in data (gg.mm.aa)
9. ☐ di essere ☐ di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di Assistenza Primaria presso l'Azienda Sanitaria Territoriale n°.....di.....nell'ambito territoriale di..... della Regione.....dal.....
10. ☐ di essere ☐ di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale presso l'Azienda Sanitaria Territoriale n°.....di.....nel distretto di della Regione dal
11. ☐ di essere ☐ di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato nell'Emergenza Sanitaria Territoriale presso l'Azienda Sanitaria Territoriale n°.....di.....nel distretto di della Regione dal.....
12. ☐ di essere ☐ di non essere iscritto al corso di formazione specifica in Medicina Generale di cui al D.L.vo 277/03 presso la Regione dal
indicare, in caso di corso svolto al di fuori della Regione Sicilia ,l'indirizzo dell' ufficio che possa confermarne a richiesta la frequenza:
 indirizzo.....n. tel.....
13. ☐ di essere ☐ di non essere iscritto a corsi di Specializzazione di cui al D.L.vo 257/91 e corrispondenti norme del D.L.vo 368/99 presso l'Università di dal.....
 (indicare gg/mm/aa).

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

Data.....

Firma del dichiarante (2)
 (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 ”.

(2) La sottoscrizione non e' soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore. La mancanza del documento di identità comporta la nullità della domanda

Formazione della graduatoria regionale di Medicina Generale da valere per l'anno 2019

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' ATTO NOTORIO

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

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.**

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 (0,30 punti per mese se svolta nella regione Sicilia)

☐ convenzionato a tempo indeterminato

☐ a tempo determinato (incarico provvisorio ai sensi dell'art. 38 dell'A.C.N.)

presso

A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....

A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....

A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....

2. Attività di medico di Assistenza Primaria (0,20 punti per mese se svolta fuori dalla regione Sicilia)

☐ convenzionato a tempo indeterminato

☐ a tempo determinato

presso:

A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....

A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....

A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....

indirizzo(*).....n. tel.....

(*)indicare l'indirizzo degli uffici che detenendo gli atti deliberativi possono confermare il servizio a richiesta

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.P.....

dal.....al.....medico*.....A.S.P.....

dal.....al.....medico*.....A.S.P.....

dal.....al.....medico*.....A.S.P.....

dal.....al.....medico*.....A.S.P.....

dal.....al.....medico*.....A.S.P.....

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.P.....

dal.....al.....medico*.....A.S.P.....

dal.....al.....medico*.....A.S.P.....

5. Servizio effettivo nei servizi di Continuità Assistenziale con incarico

- ☐ a tempo indeterminato
- ☐ a tempo indeterminato ai sensi dell'art 73 comma 4 ACN del 29.07.09 e dell'art. 13 comma 4 dell'AIR di Continuità Assistenziale del 06.09.2010 (medici inabili ai servizi di C.A. adibiti ad altre attività programmate territoriali) dal _____ (*)
- ☐ a tempo determinato / di sostituzione
(servizio svolto in forma attiva 0.20 punti per mese ragguagliato a 96 ore di attività);
(*) indicare la data di decorrenza dell'assegnazione ad altre attività, a seguito di giudizio di inidoneità della competente Commissione di verifica.

- vedi allegato A per la compilazione -

6. Servizio effettivo nei servizi di Emergenza Sanitaria Territoriale con incarico

- ☐ a tempo indeterminato
- ☐ a tempo determinato / di sostituzione
(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.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....
A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....
A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....

9. Attività programmate nei servizi territoriali di Continuità Assistenziale e di Emergenza Sanitaria Territoriale in forma di reperibilità domiciliare ai sensi del presente accordo (0.05 per ogni mese di attività ragguagliato a 96 ore);

Le ore di servizio svolte in forma attiva ancorchè derivanti da incarico di reperibilità domiciliare, dovranno essere indicate al punto 5.

- vedi allegato A3 per la compilazione -

10. Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche, organizzate dalle Regioni o dalle AA. SS. PP. (0.20 punti per mese di attività);

A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....
A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....
A.S.P. 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.P.....
dal.....al.....medico*.....A.S.P.....
dal.....al.....medico*.....A.S.P.....

dal.....al.....medico*A.S.P.....

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.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....

A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....

A.S.P. 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.....distretto militare di

indirizzo(*).....n. tel.....

(*) indicare l'indirizzo degli uffici o degli Enti che detenendo gli atti deliberativi possono confermare il servizio a richiesta

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 fino ad un massimo di 12 mesi)

dal.....al.....distretto militare di

Indirizzo(*).....n. tel.....

(*) indicare l'indirizzo degli uffici o degli Enti che detenendo gli atti deliberativi possono confermare il servizio a richiesta

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 a un massimo di 12 mesi) solo se prestato ai sensi della legge 6 marzo 2001, n. 64 istitutiva del "servizio civile nazionale"

dal.....al.....presso.....

indirizzo(*).....n. tel.....

(*) indicare l'indirizzo degli uffici o degli Enti che detenendo gli atti deliberativi possono confermare il servizio a richiesta

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 a un massimo di 12 mesi)

solo se prestato ai sensi della legge 6 marzo 2001, n. 64 istitutiva del "servizio civile nazionale"

dal.....al.....presso.....

indirizzo (*).....n. tel.....

(*) indicare l'indirizzo degli uffici o degli Enti che detenendo gli atti deliberativi possono confermare il servizio a richiesta

17. Servizio prestato presso Aziende Termali (Legge 24 ottobre 2000 n° 323 art. 8), equiparato all'attività di Continuità Assistenziale (*) (0.20 punti per mese di attività)

dal.....al.....Stabilimento Termale

Loc.....Indirizzo

dal.....al.....Stabilimento Termale

Loc.....Indirizzo.....

(*) certificare solo il servizio prestato presso aziende termali accreditate in qualità di dipendente a tempo pieno, con rapporto di lavoro esclusivo e orario non inferiore a 35 ore settimanali.

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 di attività)

dal.....al.....presso
dal.....al.....presso.....

(*) il servizio deve essere attestato con certificati in originale o copia conforme all'originale, sottoscritti dal legale rappresentante dell'Ente, con allegata la traduzione in lingua italiana certificata, vistati per conferma dalla competente autorità consolare italiana all'estero. Per i servizi sanitari prestati all'estero per i quali è previsto uno specifico provvedimento di riconoscimento (art. 124, comma 2 D.Lgs.112/1998) è necessario allegare copia di detto provvedimento

19. Attività di medico addetto all'Assistenza Sanitaria nelle carceri, sia a tempo indeterminato che di sostituzione (0.20 punti per mese di attività rapportato a 96 ore)

mese/anno..... Ore	mese/anno..... Ore
mese/anno..... Ore	mese/anno..... Ore
mese/anno..... Ore	mese/anno..... Ore
mese/anno..... Ore	mese/anno..... Ore
mese/anno..... Ore	mese/anno..... Ore
mese/anno..... Ore	mese/anno..... Ore
presso :.....	
indirizzo(*).....n. tel.....	

(*) indicare l'indirizzo degli uffici che detenendo gli atti deliberativi possono confermare il servizio a richiesta

20. Servizio di Ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo (0.20 punti per mese)

dal al Distretto militare di
indirizzo.....n. tel.....

21. Astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio durante il periodo di incarico a tempo determinato e indeterminato nell'area della medicina generale (0.20 punti per mese fino a un massimo di mesi 5 per ogni evento; tale punteggio è elevato a 0.30 al mese se l'astensione è concomitante ad incarico di Assistenza Primaria a tempo indeterminato nella regione nella cui graduatoria si chiede l'inserimento).

Periodo di astensione obbligatoria : dal.....al..... (indicare gg/mm/aa)

Tipo di incarico: ▪ a tempo Indeterminato (decorrenza t. indeterminato ____/____/____)
 ▪ a tempo determinato (dal ____/____/____ al ____/____/____)

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

Data.....

Firma del dichiarante (2).....

(1) ai sensi dell'art. 76 comma 1 D. P. R. 445/00 " chiunque rilascia documentazione mendace, 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.

(2) La sottoscrizione non e' soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore. La mancanza del documento di identità comporta la nullità della domanda.

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.P. 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.....

N.B. Occorre indicare mese per mese le ore di servizio effettivo (art. 16 comma c)

ALLEGATO "A1"

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

Anno A.S.P. 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.....

N.B. Occorre indicare mese per mese le ore di servizio effettivo (art. 16 comma c1)

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.P. 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.

Anno A.S.P. 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.....