



Regione Siciliana

DOMANDA DI INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA REGIONALE DI MEDICINA GENERALE VALIDA PER L'ANNO 2024

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

PRIMO INSERIMENTO

INTEGRAZIONE TITOLI

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ prov. _____ il _____

Codice Fiscale comune di residenza _____

prov. _____ indirizzo _____ n° _____

C.A.P. tel. n° _____

indirizzo PEC _____

E MAIL _____

secondo quanto previsto dall'art. 19 dell' A.C.N. per la medicina generale 28/04/2022

CHIEDE

l'inserimento nella Graduatoria Regionale di Medicina Generale, valida per l'anno **2024**, relativamente al settore di:

- Ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta
- Ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria
- Emergenza Sanitaria Territoriale
(barrare una o più caselle)

Allega alla presente domanda:

- Dichiarazione sostitutiva di certificazione (**obbligatoria , pena l'esclusione**)
- Copia fotostatica di un documento di identità (**obbligatoria , pena l'esclusione**)
- Dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio
- Certificazione livello di conoscenza della lingua inglese (ove posseduto)
- Patente Europea per l'utilizzo del PC (ECDL) (ove posseduto)

Data.....

Firma

AVVERTENZE GENERALI

1. I medici che aspirano all'iscrizione nella graduatoria di medicina generale devono presentare annualmente la propria domanda e possedere, alla data di scadenza dei termini per la presentazione della stessa (**31/01/2023**), i seguenti requisiti:

- Cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE. Possono chiedere l'iscrizione i familiari di cittadini europei non aventi la cittadinanza di uno Stato membro che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente, i cittadini di Paesi terzi che siano titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o che siano titolari dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria;
- Diploma di laurea in Medicina e Chirurgia;
- Iscrizione all'Albo Professionale;
- Titolo di formazione specifica in Medicina Generale o titolo equipollente di cui al D.lgs. n° 368/1999 e s.m.i. (abilitazione all'esercizio professionale conseguita entro il 31 dicembre 1994) come previsto dai Decreti Legislativi n° 256/91, e n° 277/03.
Possono presentare domanda i medici che nell'anno acquisiranno il titolo di formazione, che dovrà essere posseduto ed autocertificato entro il **15 settembre 2023**;
- Per l'inserimento nella graduatoria relativamente al settore di **Emergenza Sanitaria Territoriale**, è richiesto il possesso, alla scadenza del termine per la presentazione della domanda (31/01/2023), oltre che dei requisiti di cui ai punti precedenti, dell'Attestato di idoneità all'esercizio delle attività di Emergenza Sanitaria Territoriale.

2. I medici allegano alla domanda le dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio concernenti i titoli valutabili ai fini della graduatoria. Possono presentare annualmente allegati integrativi dei titoli aggiuntivi rispetto a quelli precedentemente presentati.

3. La domanda, debitamente sottoscritta ed in regola con le vigenti norme in materia di imposta di bollo (€ 16,00), deve essere trasmessa **esclusivamente a mezzo raccomandata** entro e non oltre il **31/01/2023** 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. 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 sarà l'unico documento valido da produrre per comprovare l'avvenuta presentazione della domanda.

La mancata sottoscrizione della domanda o della dichiarazione sostitutiva, la trasmissione oltre il termine di scadenza comportano l'esclusione dalla graduatoria.

4. I medici sono tenuti ad indicare esplicitamente (barrando le relative caselle) a quale/i settore/i di attività intendono partecipare.

Si rammenta che i medici titolari di incarico a tempo indeterminato per una o più delle attività della medicina generale, non possono partecipare ad attività nelle quali sono già convenzionati.

5. I titoli devono essere documentati:

- a) con dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000 (Allegato A alla domanda) per i titoli accademici e di studio;
- b) con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445/2000 (Allegato B alla domanda) per i titoli di servizio prestato presso una Amministrazione Pubblica o un gestore di Pubblico Servizio;
- c) i titoli conseguiti presso soggetti privati o esteri devono essere allegati alla domanda di partecipazione.

L'omissione o l'incompletezza dei dati comporteranno la non attribuzione dei relativi punteggi.

L'autocertificazione dovrà pertanto indicare esattamente il numero delle ore di attività svolte, il periodo di svolgimento e l'Azienda/Ente presso la quale è stata svolta l'attività.

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.

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.

6. La conoscenza della lingua inglese (Allegato A) deve essere documentata dal possesso di certificato non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE).

7. Ai fini della graduatoria sono valutabili solo i titoli accademici, di studio e di servizio posseduti alla data del 31/12/2022, nonché l'attestato del corso di formazione in medicina generale conseguito ed autocertificato entro il 15 settembre 2023.

Le graduatorie regionali sono consultabili sul sito internet dell'Assessorato Regionale della Salute – Dipartimento Pianificazione Strategica – Servizio 1 “Personale del S.S.R. – Dipendente e Convenzionato”

<https://www.regione.sicilia.it/istituzioni/regione/strutture-regionali/assessorato-salute/dipartimento-pianificazione-strategica/servizio-1deg-personale-ssr-dipendente-convenzionato>

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

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 DPR n. 445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto Dott. _____

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:

DICHIARA

- di essere cittadino italiano;
- di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE (specificare) _____;
- di essere cittadino del seguente Stato _____ ed in possesso di uno dei requisiti di cui all'art. 38, commi 1 e 3bis del D.lgs n. 165/2001 e s.m.i. ;
- di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di _____ il ___/___/___ con voto ___/___ ;*
**occorre specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110*
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale il ___ / ___ / ___ presso l'Università di _____;
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____;
- di essere in possesso del titolo di formazione specifica in Medicina Generale (D.lgs 368/99 e s.m.i.) conseguito entro il 31/12/2022 presso la Regione _____; data di inizio corso ___/___/___ data conseguimento ___/___/___ indicare, se trattasi di attestato conseguito al di fuori della Regione Sicilia, l'indirizzo dell' ufficio che detiene gli atti deliberativi :
indirizzo.....n.Tel.....;
- di essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale del triennio ___/___/___ iniziato il ___/___/___ presso la Regione _____ con previsione di conseguimento del titolo entro il 15 settembre p.v. ;
- di essere in possesso della specializzazione in medicina generale, o disciplina equipollente o affine: (indicare la specializzazione) _____ conseguita il ___/___/___ presso l'Università di _____ con frequenza dal ___/___/___ al ___/___/___; _____ conseguita il ___/___/___ presso l'Università di _____ con frequenza dal ___/___/___ al ___/___/___;
- di essere in possesso di certificato di conoscenza della lingua inglese conseguito il ___/___/___ presso _____; (cfr. punto 6 delle " Avvertenze Generali")
- di essere in possesso della Patente Europea per l'utilizzo del PC (ECDL) conseguita il ___/___/___ presso _____;
- di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale conseguito presso _____ il ___/___/___;
- di non fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- di non fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente (tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni della "quota A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM).

di essere di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta (denominata “assistenza primaria” fino al 27/04/2022) presso l’Azienda Sanitaria Territoriale di nell’ambito territoriale di della Regione dal

di essere di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria (denominata “continuità assistenziale” fino al 27/04/2022) presso l’Azienda Sanitaria Territoriale di nel distretto di della Regione dal

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.....

Data ___ / ___ / ___

Firma _____

Allegato B

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 DPR n. 445 del 28/12/2000)

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

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a di dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000, ai sensi ed agli effetti dell' art. 47 del D. P. R. 445 del 28/12/2000:

DICHIARA

DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI TITOLI DI SERVIZIO

1. Attività di medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta (denominata "assistenza primaria" fino al 27/04/2022) prestata nell'ambito della 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 ____/____/____
A.S.P. N° _____ Distretto di _____ dal ____/____/____ al ____/____/____

2. Attività di medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta (denominata "assistenza primaria" fino al 27/04/2022) prestata nell'ambito di altra Regione _____

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

presso:

Azienda _____ Distretto di _____ dal ____/____/____ al ____/____/____
Azienda _____ Distretto di _____ dal ____/____/____ al ____/____/____
Azienda _____ Distretto di _____ dal ____/____/____ al ____/____/____
Azienda _____ 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 del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta convenzionato solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 gg. Continuativi:

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 _____
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 del titolare, anche se di durata inferiore ai 5 gg. :

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 _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ medico _____ A.S.P _____

5. Servizio effettivo di medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria (denominata “continuità assistenziale” fino al 27/04/2022) 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

(*) indicare la data di decorrenza dell’assegnazione ad altre attività, a seguito di giudizio di inidoneità della competente Commissione di verifica. :

Anno _____ **Azienda** _____
Gennaio dal ___/___/___ ore _____
Febbraio dal ___/___/___ ore _____
Marzo dal ___/___/___ ore _____
Aprile dal ___/___/___ ore _____
Maggio dal ___/___/___ ore _____
Giugno dal ___/___/___ ore _____

Luglio dal ___/___/___ ore _____
Agosto dal ___/___/___ ore _____
Settembre dal ___/___/___ ore _____
Ottobre dal ___/___/___ ore _____
Novembre dal ___/___/___ ore _____
Dicembre dal ___/___/___ ore _____

Anno _____ **Azienda** _____
Gennaio dal ___/___/___ ore _____
Febbraio dal ___/___/___ ore _____
Marzo dal ___/___/___ ore _____
Aprile dal ___/___/___ ore _____
Maggio dal ___/___/___ ore _____
Giugno dal ___/___/___ ore _____

Luglio dal ___/___/___ ore _____
Agosto dal ___/___/___ ore _____
Settembre dal ___/___/___ ore _____
Ottobre dal ___/___/___ ore _____
Novembre dal ___/___/___ ore _____
Dicembre dal ___/___/___ ore _____

Anno _____ **Azienda** _____

Gennaio dal ___/___/___ ore _____
Febbraio dal ___/___/___ ore _____
Marzo dal ___/___/___ ore _____
Aprile dal ___/___/___ ore _____
Maggio dal ___/___/___ ore _____
Giugno dal ___/___/___ ore _____

Luglio dal ___/___/___ ore _____
Agosto dal ___/___/___ ore _____
Settembre dal ___/___/___ ore _____
Ottobre dal ___/___/___ ore _____
Novembre dal ___/___/___ ore _____
Dicembre dal ___/___/___ ore _____

6. Servizio effettivo con incarico indeterminato, determinato, provvisorio o di sostituzione nei servizi di Emergenza Sanitaria Territoriale:

a tempo indeterminato

a tempo determinato / di sostituzione

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____

7. Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o di sostituzione nella Medicina dei Servizi Territoriali:

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____

8. Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari sia a tempo indeterminato che di sostituzione per conto del Ministero di Giustizia, ai sensi della Legge 9 ottobre 1970, n. 740:

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

indirizzo(*) n. tel _____

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

9. Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato , determinato o anche a titolo di sostituzione di medico di assistenza penitenziaria / servizio effettivo in rapporto di convenzionamento con il SSN, presso gli Istituti penitenziari:

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

10. Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate :

dal ___/___/___	al ___/___/___	Azienda _____	ore _____
dal ___/___/___	al ___/___/___	Azienda _____	ore _____
dal ___/___/___	al ___/___/___	Azienda _____	ore _____
dal ___/___/___	al ___/___/___	Azienda _____	ore _____
dal ___/___/___	al ___/___/___	Azienda _____	ore _____

11. Attività medica di assistenza ai turisti, organizzata dalle Regioni o dalle Aziende:

dal ___/___/___	al ___/___/___	A.S.P. _____	Distretto _____
dal ___/___/___	al ___/___/___	A.S.P. _____	Distretto _____
dal ___/___/___	al ___/___/___	A.S.P. _____	Distretto _____
dal ___/___/___	al ___/___/___	A.S.P. _____	Distretto _____

12. Turni di reperibilità programmata nei servizi territoriali di Continuità dell'assistenza o di Emergenza Sanitaria Territoriale, ai sensi del presente Accordo:

dal ___/___/___	al ___/___/___	Azienda _____	ore _____
dal ___/___/___	al ___/___/___	Azienda _____	ore _____
dal ___/___/___	al ___/___/___	Azienda _____	ore _____
dal ___/___/___	al ___/___/___	Azienda _____	ore _____
dal ___/___/___	al ___/___/___	Azienda _____	ore _____
dal ___/___/___	al ___/___/___	Azienda _____	ore _____

13. 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 :

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. _____

14. Medico specialista ambulatoriale nella branca di Medicina Interna; medico Generico di ambulatorio ex enti mutualistici; medico generico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato con per il servizio di assistenza ai naviganti:

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

15. 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

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 Militare di Leva o sostitutivo nel Servizio Civile, anche in qualità di Ufficiale medico di complemento, svolto in concomitanza di incarico convenzionale conferito da Azienda Sanitaria nell'area della medicina generale e solo per il periodo concomitante con tale incarico:

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 Civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della Legge n. 64/2001, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia :

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

18. Servizio Civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della Legge n. 64/2001, svolto in concomitanza di incarico convenzionale conferito da Azienda Sanitaria nell'area della medicina generale e solo per il periodo concomitante con tale incarico:

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

19. Servizio di Ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo, di medico della Polizia di Stato:

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____
indirizzo.....n. tel.....

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____
indirizzo.....n. tel.....

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

20. 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 (*)

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

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

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

(*) 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.

21. Servizio effettivo, svolto in paesi dell'Unione Europea, riconducibile all'attività di medico di medicina generale di cui all'ACN per la medicina generale; servizio prestato ai sensi della Legge 11 agosto 2014, n.125 ed assistenza sanitaria prestata da medici italiani ai sensi del Decreto Ministeriale 1 settembre 1988, n. 430: (*) :

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

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

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)

22. Attività prestata durante il periodo di affiancamento previsto dalla procedura di ricambio generazionale (APP) nell'ambito della Regione _____:

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

23. Attività prestata durante il periodo di affiancamento previsto dalla procedura di ricambio generazionale (APP) nell'ambito di altra Regione (specificare) _____:

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

24. Attività svolta con incarico temporaneo di assistenza primaria a ciclo di scelta (c.d. Decreto "Semplificazione" e c.d. Decreto " Calabria") durante il periodo di frequenza del corso di formazione specifica di medicina generale:

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

25. Attività svolta con incarico temporaneo di assistenza primaria ad attività oraria (c.d. Decreto "Semplificazione" e c.d. Decreto " Calabria") durante il periodo di frequenza del corso di formazione specifica di medicina generale:

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____

26. Attività svolta con incarico temporaneo di emergenza sanitaria territoriale (c.d. Decreto “Semplificazione” e c.d. Decreto “ Calabria”) durante il periodo di frequenza del corso di formazione specifica di medicina generale:

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

La sottoscritta dichiara di aver usufruito di astensione anticipata o di astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio nei seguenti periodi:

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso A.S.P. _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ presso A.S.P. _____

Tipo di incarico: a tempo Indeterminato (decorrenza t. indeterminato ___/___/___)
 a tempo Determinato (dal ___/___/___ al ___/___/___)

Il sottoscritto dichiara inoltre:

- di non avere avere subito provvedimenti di revoca del rapporto convenzionale di medico di medicina generale. In caso affermativo indicare la data di revoca del rapporto convenzionale ___/___/___ e l’Azienda che ha adottato il provvedimento _____;
- che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1).

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

Data.....

Firma del dichiarante (2).....

(1) Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del DPR 445/2000).

(2) Ai sensi dell’art. 38 del DPR 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia , non autenticata, di un documento di identità del dichiarante.

Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali

Ai sensi del Regolamento Europeo 27 aprile 2016 n. 2016/679/UE e del Codice della Privacy, D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 modificato dal D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101, si informa che:

- i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente per le finalità strettamente necessarie e connesse alla formazione della graduatoria regionale di medicina generale valida per l'anno 2024. Per tali finalità l'acquisizione dei dati è necessaria e il loro mancato conferimento, o una loro omissione, comporterà l'esclusione dalla procedura.
- il trattamento viene effettuato mediante strumenti cartacei, informatici, telematici e telefonici.
- l'interessato ha diritto di accedere ai dati che lo riguardano, di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione se non pertinenti o raccolti in modo non conforme alle norme. L'interessato può, altresì, opporsi al trattamento per motivi legittimi.
- I dati personali saranno pubblicati sul sito istituzionale e sulla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana.
- Titolare del trattamento dei dati è il Dirigente Generale del Dipartimento Pianificazione Strategica.
- Responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente Generale del Dipartimento Pianificazione Strategica.

Si autorizza l'Amministrazione al trattamento dei propri dati personali

Data _____

Firma _____