

DOMANDA DI INSERIMENTO NELLE GRADUATORIE REGIONALI DI SETTORE DELLA MEDICINA GENERALE ANNO 2020

PER IL
BOLLO
VEDI
ALLEGATO
C

Alla REGIONE LAZIO
Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Risorse Umane GR/39/06
Via Rosa Raimondi Garibaldi, 7 – 00145 Roma
pec arearisorseumanessr@regione.lazio.legalmail.it

PRIMO INSERIMENTO

INTEGRAZIONE TITOLI

Il/La sottoscritto/a Dott. _____ nato/a _____
prov. _____ il _____ sesso: [M] [F] codice fiscale _____
cittadinanza _____ residente a _____ prov. _____
indirizzo: _____ n. _____
CAP _____ ASL di residenza _____ tel. _____ cellulare _____
pec _____ e-mail _____

secondo quanto previsto dall'art. 15 dell' accordo collettivo nazionale per la medicina generale del 23 marzo 2005 e s. m. i. del 29 luglio 2009 , del 8 luglio 2010 e del 21 giugno 2018

CHIEDE

l'inserimento/l'integrazione titoli nella graduatoria regionale di medicina generale, a valere per l'anno 2020:

A tal fine dichiara

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 Ministero del lavoro e della previdenza sociale. (art. 17 comma 2 lett. b)

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. (art. 17 comma 2 lett. f)

1. di essere cittadino italiano/cittadino di Stato membro dell'Unione Europea

_____ (indicare la cittadinanza di Stato dell'Unione Europea)

2. di essere cittadino _____ (indicare la cittadinanza di Stato non appartenente all'UE)

non avente cittadinanza di Stato membro UE, e di essere familiare di _____

(indicare COGNOME e NOME del familiare)

cittadino di _____ Stato membro UE,

(indicare la cittadinanza del familiare)

e in possesso di uno dei seguenti requisiti previsti dal comma 1, art. 38 del D. Lgs. 165/2001:

titolarità del diritto di soggiorno in corso di validità,

rilasciato dalla Questura di _____ il _____;

titolarità del diritto di soggiorno permanente in corso di validità,

rilasciato dalla Questura di _____ il _____;

3. di essere cittadino _____ (indicare la cittadinanza di Stato non appartenente all'UE)

non avente cittadinanza UE, in possesso di una delle seguenti condizioni (comma 3bis, art. 38 del D. Lgs. 165/2001):

titolarità di permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo in corso di validità,

rilasciato dalla Questura di _____ il _____

titolarità dello status di rifugiato politico in corso di validità,

rilasciato dalla Questura di _____ il _____

titolarità dello status di protezione sussidiaria in corso di validità,

rilasciato dalla Questura di _____ il _____

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art.13 del Reg. UE/679/2016, si informa che i dati personali che la Regione Lazio acquisisce, in qualità di Titolare del trattamento, verranno trattati esclusivamente per lo svolgimento degli adempimenti previsti dall'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 23 marzo 2005 e s.m.i. del 29 luglio 2009, 8 luglio 2010, 21 giugno 2018. Il titolare del trattamento dei dati personali è la Giunta della Regione Lazio con sede in Roma Via R.R. Garibaldi n. 7 CAP 00145 Roma. Il conferimento dei dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e/o informatizzata, è indispensabile per lo svolgimento delle procedure di predisposizione della graduatoria annuale di medicina generale, pertanto, il sottoscrittore della domanda non potrà essere inserito in detta graduatoria nel caso in cui non acconsenta al trattamento dei propri dati personali.

I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio e potranno essere comunicati unicamente alle Amministrazioni Pubbliche interessate all'utilizzo della graduatoria.

I dati saranno conservati presso gli uffici dell'Area Risorse Umane della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa. Gli interessati hanno il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione nonché di opporsi al loro trattamento rivolgendo le richieste al Responsabile della protezione dei dati o, ricorrendone i presupposti, proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali quale autorità di controllo secondo le procedure previste

Acclude alla presente:

n. _____ dichiarazioni sostitutive di certificazione

n. _____ dichiarazioni sostitutive dell'atto notorio

n. _____ fotocopia documento di identità

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso: la propria residenza il domicilio sotto indicato:

c/o _____ via _____ n° _____

CAP _____ Comune di _____

Data _____ FIRMA PER ESTESO _____

N.B. Ai fini della validità la domanda deve essere debitamente sottoscritta, la firma non è soggetta ad autenticazione, deve essere allegata fotocopia di un documento in corso di validità.

AVVERTENZE E ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLA DOMANDA E DELLE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE

Premessa:

L'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale recepito dalla Conferenza Stato Regioni con Atto di Intesa n. 112/ CSR del 21/06/2018, ha modificato, sostituendoli integralmente, gli articoli 15 e 16 dell'ACN del 23 marzo 2005 e s. m. i. che disciplinano le modalità di presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale della medicina generale con validità annuale.

Al fine di agevolare il medico nella compilazione del modello e nella presentazione della domanda si ritiene opportuno fornire alcune indicazioni, evidenziando in particolare le principali novità introdotte dal nuovo Accordo.

1) Requisiti per l'accesso:

I medici che aspirano alla iscrizione nella graduatoria regionale annuale della medicina generale, **non devono trovarsi** nella condizione di cui all'articolo 17, comma 2, lettere b e f, (testo modificato ACN 21 giugno 2018), pertanto non devono essere:

- titolari di "trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministero del lavoro e della previdenza sociale
- titolari 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.

e devono possedere, **alla data di scadenza del termine per la presentazione della domanda**, i seguenti requisiti:

- a) diploma di laurea in medicina e chirurgia;
- b) cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti
- c) iscrizione all'Albo professionale;
- d) titolo di formazione in medicina generale, come previsto dal Dlgs. n. 368/1999 e o titolo equipollente (abilitazione all'esercizio professionale conseguita entro il 31 dicembre 1994).

Inoltre possono presentare la domanda di inclusione in graduatoria anche i medici che acquisiranno il titolo di formazione specifica in medicina generale nell'anno 2019. Si evidenzia che detto titolo deve essere posseduto ed autocertificato entro il 15 settembre 2019.

I medici che presentano domanda per la prima volta devono barrare la voce "**primo inserimento**"; i medici già presenti nelle graduatorie degli anni precedenti devono barrare la voce "**integrazione titoli**"

Si sottolinea che la domanda di inclusione in graduatoria deve essere presentata ogni anno. La stessa deve eventualmente contenere le dichiarazioni concernenti i titoli che comportino modificazioni al precedente punteggio a norma dell'articolo 16 dell'ACN.

2) Modalità di presentazione della domanda

:

La domanda, debitamente compilata e sottoscritta, indirizzata alla REGIONE LAZIO - Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria - Area Risorse Umane – **deve essere trasmessa a mezzo pec al seguente indirizzo :** arearisorseumanessr@regione.lazio.legalmail.it specificando nell'oggetto " Domanda graduatoria mmg"

La domanda deve essere in regola con le vigenti norme in materia di imposta di bollo (come da nota Agenzia Entrate 954-19608/2010) dell'importo di euro 16,00. La marca da bollo dovrà essere apposta sul modello C debitamente compilato e sottoscritto che deve essere trasmesso unitamente alla domanda.

Alla domanda e alle dichiarazioni sostitutive deve essere allegata la fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

3) Motivi di esclusione

La mancanza dei requisiti, la mancata sottoscrizione della domanda, la trasmissione della domanda oltre il termine del 31 gennaio 2019 comportano l'esclusione dalla graduatoria.

4) Modalità di documentazione dei titoli accademici, di studio e di servizio

Ai sensi del DPR 445/2000 e s. m. i. i titoli accademici, di studio e di servizio devono essere prodotti utilizzando:

- per i titoli accademici e di studio, dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell'art.46 del DPR 445/2000 (**Allegato A debitamente sottoscritto**);
- per i titoli di servizio, dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, ai sensi dell'art.47 del DPR n. 445/2000 (**Allegato B debitamente sottoscritto**)

Ai fini della graduatoria sono valutabili i titoli accademici, di studio e di servizio posseduti alla data del 31 dicembre dell'anno precedente, oltre al punteggio previsto per il titolo di cui all'articolo 15 comma 2 lettera c (Attestato di Formazione specifica in medicina generale).

La mancata sottoscrizione delle dichiarazioni sostitutive, l'omissione e l'incompletezza dei dati potranno comportare la non attribuzione dei relativi punteggi.

Ai fini dell'attribuzione del punteggio, la dichiarazione dei titoli accademici e di servizio deve essere presentata 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 nella dichiarazione sostitutiva di atto notorio (All. B), si ribadisce che il servizio e l'attività svolta vanno indicati in modo completo, specificando, ove richiesto, la tipologia di incarico (a tempo determinato, indeterminato), i mesi di attività e per ciascun mese le ore effettivamente svolte.

E' necessaria inoltre l'esatta indicazione della AUSL e/o dell'Ente presso il quale il servizio è stato prestato. 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.

Si evidenzia che il nuovo ACN ha modificato e integralmente sostituito l'articolo 16, nel quale sono elencati i titoli accademici, di studio e di servizio che possono essere valutati per la formazione della graduatoria regionale. Si segnala in particolare:

- A) Le specializzazioni equipollenti ed affini alla medicina generale sono state equiparate nel punteggio;
- B) Tra i titoli valutabili è stata introdotta la conoscenza della lingua inglese e la conoscenza dei principali programmi informatici;
- C) Il servizio prestato con rapporto di convenzionamento con il SSN presso gli istituti penitenziari sarà valutato ad ore, a differenza dell'attività di medico addetto all'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari prestato ai sensi della legge 740/1970 valutato per mese;
- D) La reperibilità prevista dall'articolo 16 comma 2 lettera j, è valutabile anche se svolta nello stesso periodo di altro incarico;
- E) Il comma 4 dell'articolo 16 prevede che: "il servizio effettivo indicato dal presente articolo è determinato dalle sole ore di attività svolta ed i periodi di sospensione dall'attività convenzionale non concorrono al computo, ad eccezione del periodo di astensione obbligatoria o anticipata per gravidanza".
- F) Il comma 5 dell'articolo 16, ultimo capoverso, prevede che *"il punteggio per attività di servizio eventualmente svolte durante il corso di specializzazione è alternativo a quello riconosciuto al comma 1, punto 1, lettera d (eventuale servizio svolto durante il corso di specializzazione equipollente ed affine alla medicina generale)"*

Per eventuali informazioni è possibile contattare il personale dell'Area ai seguenti numeri telefonici o via mail:

06/51685762 – rsielli@regione.lazio.it

06/51685475 – lmartinoli@regione.lazio.it

06/51683184 – obedetti@regione.lazio.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

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

ALLEGATO A

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del DPR 445 del 28/12/2000

Dichiara di essere in possesso di:

A3) Diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università di _____ in data _____ con voto:			
<input type="checkbox"/> 110/110 <input type="checkbox"/> 110/110 e lode <input type="checkbox"/> 100/100 <input type="checkbox"/> 100/100 e lode	Punti 1,00	<input type="checkbox"/> 105/110 a 109/110 <input type="checkbox"/> 95/100 a 99/100	Voto _____/110 Punti 0,50 Voto _____/100
<input type="checkbox"/> 100/110 a 104/110 <input type="checkbox"/> 90/100 a 94/100	Voto _____/110 Punti 0,30 Voto _____/100		
Abilitazione all'esercizio professionale conseguita presso l'Università di _____ in data _____			
Iscrizione all'Ordine dei medici di _____ dal _____			
A5) Specializzazione in discipline equipollenti ed affini a quella di medicina generale ai sensi della normativa vigente: specializzazione in _____ dal _____ al _____ conseguita presso l'Università' _____ <p style="text-align: right;">(punti 0,50)</p>			
A7) Attestato di formazione specifica in medicina generale di cui al D.lgs 17.8.99 n. 368 e s.m.i. (punti 7,20) conseguito il _____ presso: _____ data inizio corso _____ data fine corso _____ Iscritto al corso di formazione in medicina generale (triennio _____) di cui Dlgs 17.8.1999 n. 368 e s.m.i. Data inizio _____ presso _____ N.B.: Il titolo deve essere posseduto ed autocertificato entro il 15 settembre 2019			
Attestato in emergenza sanitaria Territoriale conseguito il _____ presso _____			
Conoscenza della lingua inglese documentata dal possesso di certificato non inferiore al livello B2 del QCE: conseguito il _____ presso _____ (punti 0,20)			
Conoscenza dei principali programmi informatici documentata dal possesso della Patente Europea per l'Utilizzo del PC (ECDL): conseguito il _____ presso _____ (punti 0,20)			

di essere **non essere** titolare a tempo indeterminato di incarico disciplinato dal vigente A.C.N. (dichiarazione congiunta n. 2 ACN 21.6.2018)

In caso affermativo specificare il tipo di incarico _____

Data _____ **FIRMA DEL DICHIARANTE** _____

N.B. Ai fini della validità la dichiarazione deve essere debitamente sottoscritta, la firma non è soggetta ad autenticazione, deve essere allegata fotocopia di un documento in corso di validità.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(art. 47 DPR n. 445 del 28/12/2000)

TITOLI DI SERVIZIO ED ATTIVITÀ SVOLTA

ALLEGATO B

Io sottoscritt Dott. _____
cognome nome

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:

B8) Attività di **assistenza primaria** convenzionata, sia a tempo indeterminato che con incarico provvisorio nell'ambito medico della Regione Lazio:

(punti 0,30 per ciascun mese complessivo)

ANNO.....

dal _____ al _____ ASL _____

dal _____ al _____ ASL _____

B7) Attività di **assistenza primaria** convenzionata, sia a tempo indeterminato che con incarico provvisorio in altra Regione:

(punti 0,20 per ciascun mese complessivo)

ANNO.....

dal _____ al _____ ASL _____

dal _____ al _____ ASL _____

B9) Attività di **sostituzione del medico di assistenza primaria** solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi:

ANNO.....

(punti 0,20 per ciascun mese complessivo)

dal _____ al _____ ASL/medico _____

dal _____ al _____ ASL/medico _____

dal _____ al _____ ASL/medico _____

dal _____ al _____ ASL/medico _____

B9bis) Stessa attività di cui al punto precedente dovuta ad **attività sindacale** anche se di durata inferiore a 5 gg.

(punti 0,20 per ciascun mese complessivo)

Le sostituzioni **effettuate su base oraria** ai sensi dell'art. 23 sono valutate con **gli stessi criteri** di cui al titolo II, lett.c

(punti 0,20 per ogni mese corrispondente a 96 h. di attività)

ANNO.....

dal _____ al _____ ore _____ ASL/medico _____

dal _____ al _____ ore _____ ASL/medico _____

dal _____ al _____ ore _____ ASL/medico _____

B11a) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato sostituzione provvisorio di **continuità assistenziale** in forma attiva:

(punti 0,20 per ogni mese corrispondente a 96 h. di attività)

Barrare la casella corrispondente alla tipologia di incarico effettuato

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 _____

B11b) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o di sostituzione nella **medicina dei servizi territoriali**

(0,20 per ogni mese di attivita' corrispondente a 96 ore di attivita')

Barrare la casella corrispondente alla tipologia di incarico effettuato

ANNO.....

dal _____ al _____ ore _____ ASL _____ dal _____ al _____ ore _____ ASL _____

dal _____ al _____ ore _____ ASL _____ dal _____ al _____ ore _____ ASL _____

dal _____ al _____ ore _____ ASL _____ dal _____ al _____ ore _____ ASL _____

dal _____ al _____ ore _____ ASL _____ dal _____ al _____ ore _____ ASL _____

B6) Servizio effettivo nelle **attività territoriali programmate**

(punti 0,10 per ogni mese di attività corrispondente a 52 ore)

ANNO.....

dal _____ al _____ ore _____ ASL _____ dal _____ al _____ ore _____ ASL _____

dal _____ al _____ ore _____ ASL _____ dal _____ al _____ ore _____ ASL _____

dal _____ al _____ ore _____ ASL _____ dal _____ al _____ ore _____ ASL _____

dal _____ al _____ ore _____ ASL _____ dal _____ al _____ ore _____ ASL _____

dal _____ al _____ ore _____ ASL _____ dal _____ al _____ ore _____ ASL _____

B11c) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato determinato provvisorio o di sostituzione nella **emergenza sanitaria territoriale: (Incarico ai sensi ACN Medicina Generale)**

Barrare la casella corrispondente alla tipologia di incarico effettuato (punti 0,20 per ogni mese di attività)

ANNO.....

dal _____ al _____ ore _____ ASL _____ dal _____ al _____ ore _____ ASL _____

dal _____ al _____ ore _____ ASL _____ dal _____ al _____ ore _____ ASL _____

dal _____ al _____ ore _____ ASL _____ dal _____ al _____ ore _____ ASL _____

dal _____ al _____ ore _____ ASL _____ dal _____ al _____ ore _____ ASL _____

dal _____ al _____ ore _____ ASL _____ dal _____ al _____ ore _____ ASL _____

B12) Turni di **reperibilita'** programmata nei servizi territoriali, di continuita' assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale, ai sensi del presente Accordo:

(punti 0,05 per ogni mese corrispondente a 96 ore di attivita')

ANNO.....

dal _____ al _____ ore _____ ASL _____ dal _____ al _____ ore _____ ASL _____
dal _____ al _____ ore _____ ASL _____ dal _____ al _____ ore _____ ASL _____
dal _____ al _____ ore _____ ASL _____ dal _____ al _____ ore _____ ASL _____
dal _____ al _____ ore _____ ASL _____ dal _____ al _____ ore _____ ASL _____
dal _____ al _____ ore _____ ASL _____ dal _____ al _____ ore _____ ASL _____

B13) Attivita' medica di **assistenza ai turisti** organizzata dalle Regioni o dalle Aziende

(punti 0,20 per ciascun mese complessivo)

ANNO.....

dal _____ al _____ ASL _____
dal _____ al _____ ASL _____
dal _____ al _____ ASL _____

B10) Attivita', anche in forma di sostituzione, di medico **pediatria di libera scelta**, se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi:

(punti 0,10 per ciascun mese complessivo)

ANNO.....

dal _____ al _____ ASL/medico _____
dal _____ al _____ ASL/medico _____
dal _____ al _____ ASL/medico _____
dal _____ al _____ ASL/medico _____

B17) **Servizio militare di leva** o sostitutivo nel servizio civile, svolto **dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina**, anche in qualita' di ufficiale medico di complemento:

(punti 0,10 per mese per un massimo di 12 mesi)

dal _____ al _____ presso _____

B18) **Servizio militare di leva** o sostitutivo nel servizio civile, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina, anche in qualita' di ufficiale medico di complemento, in **concomitanza di incarico** convenzionale conferito da Azienda Sanitaria nell'area della medicina generale e solo per il periodo concomitante con tale incarico.

(punti 0,20 per mese per un massimo di 12 mesi)

dal _____ al _____ presso _____

B16) **Servizio civile volontario** espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale ai sensi della L. 64/2001, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina

(punti 0,10 per ciascun mese, fino ad un massimo di 12 mesi)

ANNO.....

dal _____ al _____ presso _____

dal _____ al _____ presso _____

B21) **Servizio civile volontario** espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale ai sensi della L. 64/2001, svolto in **concomitanza di incarico** convenzionale conferito da Azienda Sanitaria nell'area medicina generale e solo per il periodo concomitante con tale incarico

(punti 0,20 per ciascun mese, fino ad un massimo di 12 mesi)

ANNO.....

dal _____ al _____ presso _____

dal _____ al _____ presso _____

B19) 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 per il servizio di assistenza sanitaria ai naviganti:

(punti 0,05 per ciascun mese)

ANNO.....

dal _____ al _____ presso _____

dal _____ al _____ presso _____

dal _____ al _____ presso _____

B14 a) 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 SSN, presso gli Istituti Penitenziari

(punti 0,20 per ogni mese corrispondente a 96 ore di attività)

ANNO.....

dal _____ al _____ ore _____ presso _____

dal _____ al _____ ore _____ presso _____

dal _____ al _____ ore _____ presso _____

B14 b) 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 L. 9 ottobre 1970, n.740

(punti 0,20 per ogni mese di attività)

ANNO.....

dal _____ al _____ presso _____

dal _____ al _____ presso _____

B14 c) attività di **ufficiale medico militare** in servizio permanente effettivo, di medico della polizia di Stato
(punti 0,20 per ogni mese di attività)

ANNO.....

dal _____ al _____ presso _____

dal _____ al _____ presso _____

B15) Servizio prestato presso **Aziende termali** (Legge 24 ottobre 2000 n. 323 art. 8), equiparato all'attività di continuità assistenziale (*):
(punti 0,20 per ciascun mese complessivo)

ANNO.....

dal _____ al _____ presso _____

dal _____ al _____ presso _____

dal _____ al _____ presso _____

() servizio prestato c/o aziende termali private accreditate in qualità di dipendente a tempo pieno, con rapporto di lavoro esclusivo e orario non inferiore a 35 ore settimanali*

B20) Servizio effettivo, **svolto in Paesi dell'Unione Europea**, riconducibili all'attività di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale e di emergenza sanitaria territoriale, servizio prestato ai sensi della Legge 11 agosto 2014, n. 125 e assistenza sanitaria prestata da medici Italiani ai sensi del Decreto Ministeriale 1 settembre 1988, n. 430

(punti 0,20 per ciascun mese complessivo)

ANNO.....

dal _____ al _____ presso _____

dal _____ al _____ presso _____

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci (art. 76 D.P.R. 445/2000), dichiara che le notizie sopra riportate rispondono a verità.

Data _____ **FIRMA DEL DICHIARANTE** _____

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

Ai fini della validità la dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato e inviata insieme alla fotocopia di un documento d'identità del dichiarante.

**MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO DOVUTA PER LA PRESENTAZIONE DI
ISTANZE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**

Il sottoscritto, consapevole che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale (Art. 75 e 76 dpr 28.12.2000 n. 445)

trasmette la presente dichiarazione, attestando ai sensi degli artt. 46 e 47 del dpr 28.12.2000 n. 445 quanto segue:

Spazio per l'apposizione
della marca da bollo, da
annullare con data e
firma

Cognome	Nome	
Nato a	Prov.	il
Residente in	Prov.	CAP
Via/Piazza	n.	

DICHIARA

di aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo dovuta per le istanze di inserimento nella graduatoria regionale della medicina generale e/o di pediatria di libera scelta della Regione Lazio valevoli per l'anno 2020 con la marca da bollo numero identificativo:

.....del(1)

(1) NB: Numero identificativo della marca da bollo

di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

Luogo e data

Firma autografa leggibile

AVVERTENZE

1) Il presente modulo, provvisto della marca da bollo (annullata secondo le indicazioni di cui al punto 2), deve essere debitamente compilato e sottoscritto con firma autografa del dichiarante e deve essere allegato alla domanda di inserimento nella graduatoria regionale della medicina generale e/o di pediatria di libera scelta della Regione Lazio valevoli per l'anno 2020.

2) La marca da bollo, applicata nell'apposito spazio, dovrà essere annullata tramite l'apposizione della data e la firma sulla stessa e parte del modulo spazio per l'apposizione della marca da bollo, da annullare con data e firma