



REGIONE LIGURIA

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLE GRADUATORIE REGIONALI
DI SETTORE DELLA MEDICINA GENERALE VALEVOLI PER L'ANNO 2017

Artt. 15 e 16 A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i MMG sancito con intesa in Conferenza Stato-Regioni del 29/07/2009

MARCA DA BOLLO

Spett.le Regione Liguria
Dipartimento Salute e Servizi Sociali
Servizio Personale del Servizio Sanitario Regionale
Via Fieschi, 15
16121 – Genova GE

RACCOMANDATA

Il sottoscritto Dott. _____ M F
Nato a _____ Prov. _____ il _____
Codice Fiscale _____ Comune di residenza _____
Prov. _____ Indirizzo _____ n. _____
C.A.P. _____ PEC _____
e-mail _____ n. Tel./Cell _____

N.B. Se i dati anagrafici sono variati rispetto all'ultima domanda inviata, barrare la casella:

CHIEDE

Il primo inserimento l'integrazione dei titoli per l'aggiornamento del punteggio

nella graduatoria regionale della medicina generale a valere per l'anno 2017 relativamente all'attività nel/nei settore/i di: (barrare le attività per cui si chiede l'inserimento nelle relative graduatorie del 2017) (vd. note per la compilazione alle pagg. 13-14)

- Assistenza Primaria Continuità Assistenziale
- Emergenza Sanitaria Territoriale Medicina dei servizi territoriali
- in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza
- con riserva: domanda Allegato A

DICHIARA

di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato per la/le attività relativa/e al/ai settore/i sopra contrassegnato/i;
 di essere titolare di incarico a tempo indeterminato per la/e attività relativa/e al/i seguente/i settore/i (indicare anche l'Azienda di riferimento): _____
(Art. 15 comma 11 dell'A.C.N. "I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato per uno o più attività di cui sopra non possono fare domanda di rinserimento nella relativa graduatoria di settore e pertanto possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento")

Acclude alla presente, pena la non accettazione della domanda, la seguente documentazione (vd. le note per la compilazione alle pagg. 13 e 14)

- a) certificato di iscrizione all'Ordine dei Medici/dichiarazione sostitutiva di certificazione;
- b) attestato di formazione specifica in medicina generale/dichiarazione sostitutiva di certificazione;
- c) titolo equipollente/dichiarazione sostitutiva di certificazione;
- d) dichiarazione sostitutiva di atto notorio;
- e) copia fotostatica di documento di identità in corso di validità.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

- la propria residenza;
- il domicilio seguente: _____
- il proprio indirizzo di PEC

Data _____ Firma per esteso ⁽¹⁾ _____

(1) Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica possono essere sottoscritte con firma non autenticata se vengono inviate unitamente a copia fotostatica di valido documento di identità del sottoscrittore.

VALUTAZIONE TITOLI ED ATTIVITA' SVOLTA

	Parte Riservata all'Ufficio	
I - Titoli accademici o di studio		
Diploma di laurea conseguito con voto/100 (punti 0,30 – voti da 90 a 94 su 100) (punti 0,50 – voti da 95 a 99 su 100) (punti 1,00 – voti da 100/100 e 100/100 e lode)	= p. _____	
Diploma di laurea conseguito con voto/110 (punti 0,30 – voti da 100 a 104 su 110) (punti 0,50 – voti da 105 a 109 su 110) (punti 1,00 – voti da 110/110 e 110/110 e lode)		
Specializzazione o libera docenza in medicina generale o disciplina equipollente ai sensi del D.M. 10.3.83 tab. B Specializzazione in Specializzazione in	Totale n. ____ x 2,00 = p. _____	
Specializzazione o libera docenza nelle discipline affini alla medicina generale , ai sensi del D.M. 10.3.83 tab. B specializzazione in specializzazione in	Totale n. ____ x 0,50 = p. _____	
Attestato di formazione in medicina generale di cui all'art. 1, comma 2 o all'art. 2, comma 2, del D.Lgs. n.256/91e di cui alla legge 277/2003 (punti 7,20) Data inizio corso _____ Data fine corso _____	= p. _____	
II - Titoli di servizio	Punteggi stessa Regione	Punteggi altra Regione
Attività di assistenza primaria convenzionata , a tempo indeterminato, determinato, o svolta in qualità di associato (per mese di attività) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI come riportato nella dichiarazione sostitutiva di atto notorio allegato e/o certificato originale in bollo.	Totale _____ Mesi x 0,30 = p. _____	Totale _____ mesi x 0,20 = p. _____
Attività di sostituzione di medico di assistenza primaria convenzionato solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi (per mese di attività) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI come riportato nella dichiarazione sostitutiva di atto notorio allegato e/o certificato originale in bollo.	(*) Totale _____ mesi x 0,20 = p. _____	
Stessa attività di cui al punto precedente dovuta ad attività sindacale e sostituzioni d'ufficio anche se di durata inferiore a 5 gg. ⁽¹⁾ Le sostituzioni effettuate su base oraria ai sensi dell'art. 23 sono valutate con gli stessi criteri di cui al Titolo II, lett. c) (per mese di attività) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI come riportato nella dichiarazione sostitutiva di atto notorio allegato e/o certificato originale in bollo.	(*) Totale _____ mesi x 0,20 = p. _____	
Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione di continuità assistenziale (per mese, ragguagliato a 96 ore di attività) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI come riportato nella dichiarazione sostitutiva di atto notorio allegato e/o certificato originale in bollo.	(*) Totale _____ mesi x 0,20 = p. _____	

⁽¹⁾ Le sostituzioni sono valutabili solo se effettuate a medico di medicina generale con più di 100 utenti. Tali indicazioni devono essere espressamente dichiarate nel certificato rilasciato dall'Ente interessato o nella dichiarazione sostitutiva di atto notorio.

VALUTAZIONE TITOLI ED ATTIVITA' SVOLTA

	Parte Riservata all'Ufficio
Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o di sostituzione nella medicina dei servizi (per mese, ragguagliato a 96 ore di attività) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI come riportato nella dichiarazione sostitutiva di atto notorio allegato e/o certificato originale in bollo.	(*) Totale _____ mesi x 0,20 = P. _____
Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione nella emergenza sanitaria territoriale (per mese di attività): <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI come riportato nella dichiarazione sostitutiva di atto notorio allegato e/o certificato originale in bollo.	(*) Totale _____ mesi x 0,20 = P. _____
Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate (per mese di attività corrispondente a 52 ore) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI come riportato nella dichiarazione sostitutiva di atto notorio allegato e/o certificato originale in bollo.	(*) Totale _____ mesi x 0,10 = P. _____
Attività programmata nei servizi territoriali di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale in forma di reperibilità ai sensi del presente accordo (per mese, ragguagliato a 96 ore di attività) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI come riportato nella dichiarazione sostitutiva di atto notorio allegato e/o certificato originale in bollo.	(*) Totale _____ mesi x 0,05 = P. _____
Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende (per mese di attività) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI come riportato nella dichiarazione sostitutiva di atto notorio allegato e/o certificato originale in bollo.	(*) Totale _____ mesi x 0,20 = P. _____
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 (per mese per un massimo di 12 mesi) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI come riportato nella dichiarazione sostitutiva di certificazione allegata e/o certificato originale in bollo.	(*) Totale _____ mesi x 0,10 = P. _____
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, ed in concomitanza di incarico, anche provvisorio, di medicina generale e limitatamente al periodo di concomitanza (per mese per un massimo di 12 mesi) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI come riportato nella dichiarazione sostitutiva di certificazione allegata e/o certificato originale in bollo.	(*) Totale _____ mesi x 0,20 = P. _____
Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto dopo la laurea in medicina e chirurgia (per mese per un massimo di 12 mesi) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI come riportato nella dichiarazione sostitutiva di atto notorio allegato e/o certificato originale in bollo.	(*) Totale _____ mesi x 0,10 = P. _____
Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto in concomitanza di incarico ai sensi del presente Accordo (per mese per un massimo di 12 mesi) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI come riportato nella dichiarazione sostitutiva di atto notorio allegato e/o certificato originale in bollo.	(*) Totale _____ mesi x 0,20 = P. _____

(*) Punteggio per attività prestate indipendentemente dalla regione di appartenenza.

VALUTAZIONE TITOLI ED ATTIVITA' SVOLTA

<p>Attività di medico pediatra di libera scelta, anche in forma di sostituzione, se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi (1) (per mese di attività) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI come riportato nella dichiarazione sostitutiva di atto notorio allegato e/o certificato originale in bollo.</p>	<p>(*) Totale _____ mesi x 0,10 = p. _____</p>
<p>Attività di medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna, e medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici, medico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato con il Ministero della Sanità per il servizio di assistenza ai naviganti (per mese di attività) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI come riportato nella dichiarazione sostitutiva di atto notorio allegato e/o certificato originale in bollo.</p>	<p>(*) Totale _____ mesi x 0,05 = p. _____</p>
<p>Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria nelle carceri sia a tempo indeterminato che di sostituzione, di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo, di medico di polizia (per mese di attività): <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI come riportato nella dichiarazione sostitutiva di atto notorio allegato e/o certificato originale in bollo.</p>	<p>(*) Totale _____ mesi x 0,20 = p. _____</p>
<p>Servizio prestato presso Aziende Termali, (Legge 24.10.2000 n. 323 art. 8), equiparato all'attività di continuità assistenziale (per ogni mese, ragguagliato a 96 ore di attività): <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI come riportato nella dichiarazione sostitutiva di atto notorio allegato e/o certificato originale in bollo.</p>	<p>(*) Totale _____ mesi x 0,20 = p. _____</p>
<p>Servizio effettivo di assistenza primaria, della continuità assistenziale, di emergenza territoriale, svolto in paesi dell'Unione Europea, ai sensi della legge 9.2.1979 n. 38, della legge 10.7.1960 n. 735 e successive modificazioni e del D.M. 1.9.1988 n. 430 (per ciascun mese complessivo) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI come riportato nella dichiarazione sostitutiva di atto notorio allegato e/o certificato originale in bollo.</p>	<p>(*) Totale _____ mesi x 0,20 = p. _____</p>
<p align="center">Firma per esteso _____</p>	<p align="center">Totale punteggio complessivo</p>

(1) Le sostituzioni sono valutabili solo se effettuate a medico pediatra con almeno 70 utenti. Tali indicazioni devono essere espressamente dichiarate nel certificato rilasciato dall'Ente interessato o nella dichiarazione sostitutiva di atto notorio.

(*) Punteggio per attività prestate indipendentemente dalla regione di appartenenza.

=====

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196 e in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo di quanto segue:

1. Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento da parte di questa Amministrazione della formazione della **graduatoria regionale di medicina generale di libera scelta per l'anno 2017**;
2. Il trattamento viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici;
3. Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, in caso di rifiuto, Ella non potrà essere inserito in detta graduatoria;
4. I dati personali saranno pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Liguria e sul sito Internet all'indirizzo www.liguriainformasalute.it alla sezione "avvisi e graduatorie regionali/medicina convenzionata/graduatoria regionali MG e PLS";
5. L'art. 7 del citato D.Lgs Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento;
6. Responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente del Servizio Personale del Servizio Sanitario Regionale.

Data _____ Firma per presa visione e accettazione _____

**FORMAZIONE DELLE GRADUATORIE REGIONALI DI SETTORE
DELLA MEDICINA GENERALE PER L'ANNO 2017**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii.

Il sottoscritto Dr. _____ Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

DICHIARA

(N.B. Il punto 4. deve essere obbligatoriamente compilato anche in caso di domanda di integrazione)

1. di essere cittadino italiano ; comunitario _____ (indicare il Paese) dal _____;
2. di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso la Facoltà di _____ in data _____ con voto _____/110 o _____/100.
3. di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione, conseguita in data _____ o nella sessione n. _____ dell'anno _____ presso _____;
4. di essere iscritto all'Albo Professionale della Provincia di _____, dal _____, n. di iscrizione _____;
5. di essere in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale (D.Lgs 256/1991, D.lgs. 368/1999 D.Lgs 277/2003), rilasciato da _____ data inizio corso _____ data fine corso _____
(è *obbligatorio* indicare le date richieste in quanto le attività svolte in contemporanea non possono essere valutate);
6. di essere in possesso della specializzazione /libera docenza in medicina generale o disciplina equipollente o di essere in possesso di specializzazione /libera docenza in discipline affini a quella di medicina generale ai sensi D.M. 10.3.83 tab. B:
Specializzazione/libera docenza in _____ conseguita presso l'Università degli Studi di _____ in data _____
Specializzazione/libera docenza in _____ conseguita presso l'Università degli Studi di _____ in data _____
7. di aver svolto servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) anche in qualità di Ufficiale Medico di complemento e per un massimo di 12 mesi, dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina: (p 0,10 per mese)
dal _____ al _____ presso _____ di _____
8. di aver svolto 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 in concomitanza di incarico, anche provvisorio, di medicina generale:
(p. 0,20 per mese limitatamente al periodo di concomitanza)
dal _____ al _____ presso _____ di _____

Dichiara inoltre di essere in possesso

dell' Attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale ai sensi dell'art. 96 dell'A.C.N., conseguito presso:

A.S.L. _____ della Regione _____ il _____

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

Luogo e data _____ Firma per esteso (1) _____

(1) la sottoscrizione della dichiarazione non è soggetta ad autenticazione qualora sia presentata unitamente a copia fotostatica di valido documento di identità del sottoscrittore ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii..

**FORMAZIONE DELLE GRADUATORIE REGIONALI DI SETTORE
DELLA MEDICINA GENERALE PER L'ANNO 2017**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto Dr. _____ ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii.

DICHIARA

Di essere in possesso dei seguenti titoli di servizio:

- 1. Medico di assistenza primaria convenzionato compresa l'attività in qualità di associato svolta nella Regione Liguria:**
(p. 0,30 per mese di attività)*;
dal.....al.....presso.....
dal alpresso.....
*per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare il presente prospetto
- 2. Medico di assistenza primaria convenzionato compresa l'attività in qualità di associato svolta fuori dalla Regione Liguria:**
(p. 0,20 per mese di attività)*;
dal alpresso.....
dal alpresso.....
*per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare il presente prospetto
- 3. 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 gg. continuativi:**
(p. 0,20 per mese di attività)*
dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
*per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare il presente prospetto
**inserire il nominativo del medico sostituito.
- 4. Stessa attività di cui al punto precedente dovuta ad attività sindacale e sostituzioni d'ufficio anche se di durata inferiore a 5 giorni continuativi. Le sostituzioni effettuate su base oraria ai sensi dell'art. 23 sono valutate con gli stessi criteri di cui al punto 5 :**
(p.0,20 per mese ragguagliato a 96 ore di attività)*;
Anno: _____
dal.....al.....ore.....medico**.....A.S.L.....
dal.....al.....ore.....medico**.....A.S.L.....
dal.....al.....ore.....medico**.....A.S.L.....
dal.....al.....ore.....medico**.....A.S.L.....
*per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare il presente prospetto
**inserire il nome del medico sostituito.

5. Servizio effettivo di guardia medica o di continuità assistenziale in forma attiva, con incarico a tempo indeterminato , determinato , di sostituzione : (barrare l'opzione e indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio) (p.0,20 per mese ragguagliato a 96 ore di attività)*:

Anno..... A.S.L di Servizio di :

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 _____
				Totale ore _____			

Anno..... A.S.L di Servizio di :

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 _____
				Totale ore _____			

*per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare il presente prospetto

6. Servizio effettivo nella medicina dei servizi territoriali con incarico a tempo indeterminato determinato di sostituzione : (barrare l'opzione e indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio) (p.0,20 per mese ragguagliato a 96 ore di attività)*:

Anno..... A.S.Ldi Servizio di :

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 _____
				Totale ore _____			

Anno..... A.S.Ldi Servizio di :

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 _____
				Totale ore _____			

*per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare il presente prospetto

7. Servizio effettivo nella emergenza sanitaria territoriale con incarico a tempo indeterminato , determinato , di sostituzione :(barrare l'opzione) (p. 0,20 per mese di attività)*

Anno _____

ASLdi dal al.....
 ASLdi dal al.....

*per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare il presente prospetto

8. Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate (indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio) (p. 0,10 per mese ragguagliato a 52 h di attività)*

Anno..... A.S.L di Servizio di : _____

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 _____

Totale ore _____

Anno..... A.S.L di Servizio di : _____

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 _____

Totale ore _____

*per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare il presente prospetto

9. Attività programmata in forma di reperibilità nei servizi di continuità assistenziale di emergenza sanitaria territoriale (barrare l'opzione e indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio):

(p.0,05 per mese ragguagliato a 96 ore di attività)*

Anno..... A.S.L di Servizio di : _____

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 _____

Totale ore _____

Anno..... A.S.L di Servizio di : _____

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 _____

Totale ore _____

*per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare il presente prospetto

10. Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche, organizzata dalle Regioni o dalle Aziende U.U.S.S.L.L.: (p. 0,20 per mese di attività)*

ASL di dal al.....
ASL di dal al.....
ASL di dal al.....
ASL di dal al.....

*per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare il presente prospetto

11. Servizio civile volontario espletato per finalità o scopi umanitari o di solidarietà sociale prestato dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina ai sensi della legge 6 marzo 2001 n. 64 istitutiva del “servizio civile nazionale” e comprovato da documentazione allegata: (massimo 12 mesi - p. 0,10 per mese di attività, elevato a p.0,20/mese se il servizio civile è svolto in concomitanza di incarico conferito dalla Azienda sanitaria ai sensi del vigente Accordo, e solo per il periodo concomitante con tale incarico) *

dal..... al Servizio:.....svolto presso

*per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare il presente prospetto

12. Attività, anche in forma di sostituzione, di medico pediatra di libera scelta se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 gg. continuativi: (p. 0,10 per mese di attività)*

dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
dal.....al.....medico**.....A.S.L.....

*per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare il presente prospetto

**inserire il nome del medico sostituito.

13. Attività di medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna , medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici , medico generico fiduciario , medico di ambulatorio convenzionato con il Ministero della Sanità per il servizio di assistenza ai naviganti ;: (barrare l'opzione e allegare documentazione comprovante il servizio)) (p. 0,05 per mese di attività)*

Ente di dal al.....
Ente di dal al.....
Ente di dal al.....
A.S.L. di dal al.....
A.S.L. di dal al.....

*per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare il presente prospetto

14. Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria nelle carceri, a tempo indeterminato di sostituzione ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo medico di polizia (barrare l'opzione e allegare documentazione comprovante il servizio): (p. 0,20 per mese di attività)*

dal..... al.....Istituto penitenziarioComune di.....Prov.....
dal..... al.....Istituto penitenziarioComune di.....Prov.....
dal..... al.....Istituto penitenziarioComune di.....Prov.....

* per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare il presente prospetto

15. Servizio prestato presso aziende termali private accreditate (con le modalità di cui all'art. 8 legge 24 ottobre 2000 n. 323), equiparato all'attività di continuità assistenziale, in qualità di dipendente a tempo pieno con rapporto di lavoro esclusivo e orario non inferiore a 35 ore settimanali: (indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio) : (p. 0,20 per mese di attività)*

Stabilimento Termale Comune di

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 _____

Totale ore _____

Stabilimento Termale Comune di

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 _____

Totale ore _____

*per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare il presente prospetto

16. Servizio effettivo di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale, di emergenza sanitaria territoriale, svolto in paesi della Unione Europea, ai sensi della legge 9 febbraio 1979 n. 38, della legge 10 luglio 1960 n. 735 e ss.mm.ii. e del D.M. 1° settembre 1988 n. 430:

(p. 0,20 per mese di attività) *

N.B. Il servizio deve essere attestato con certificati, in originale o copia conforme all'originale, sottoscritti dal legale rappresentante dell'Ente, con allegata la traduzione certificata, in lingua italiana, 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, decreto legislativo 112/1998) è necessario allegare copia di detto provvedimento.

Ente	Stato	dal	al
Ente	Stato	dal	al
Ente	Stato	dal	al
Ente	Stato	dal	al
Ente	Stato	dal	al

*per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare il presente prospetto

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

Luogo e data _____ Firma per esteso(1) _____

(1) la sottoscrizione della dichiarazione non è soggetta ad autenticazione qualora sia presentata unitamente a copia fotostatica di valido documento di identità del sottoscrittore ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii.

GRADUATORIE REGIONALI DI SETTORE DELLA MEDICINA GENERALE VALEVOLI PER L'ANNO 2017

Ai sensi artt. 15 e 16 A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i MMG sancito con intesa in Conferenza Stato-Regioni del 29/07/2009

NOTE PER LA COMPILAZIONE

(da conservare da parte del medico)

I medici che aspirano ad essere inseriti nelle graduatorie regionali di settore della medicina generale, valevoli per l'anno 2017, per il conferimento di incarichi di assistenza primaria, continuità assistenziale, emergenza sanitaria territoriale e medicina dei servizi territoriali, devono presentare domanda **in regola con le vigenti norme in materia di imposta di bollo** (attualmente pari a € 16,00 salvo variazioni normative), entro e non oltre il **31 gennaio 2016**.

La spedizione, tramite servizio postale con plico raccomandato, deve essere fatta al seguente indirizzo: **Regione Liguria – Dipartimento Salute e Servizi Sociali – Servizio Personale del Servizio Sanitario Regionale – Via Fieschi 15 – 16121 Genova.**

La domanda può anche essere consegnata a mano all'Ufficio Protocollo della Regione Liguria - Via Fieschi 15 – Genova, dal lunedì al giovedì dalle 09.00 alle 13.00 e dalle 14.00 alle 16.30 e il venerdì dalle 09.00 alle 13.00; pertanto, qualora il giorno di scadenza del termine di presentazione della domanda cada nella giornata di sabato, l'invio della stessa in tale giornata dovrà avvenire esclusivamente tramite servizio postale a mezzo di plico raccomandato.

Per l'accoglimento della domanda farà fede il timbro postale o il timbro apposto sulla domanda dall'Ufficio Protocollo, se consegnata a mano. La ricevuta rilasciata dall'Ufficio Postale e la fotocopia del frontespizio della domanda se consegnata a mano, saranno gli unici documenti atti a comprovare l'avvenuta presentazione della domanda. Si raccomanda di conservare fotocopia della domanda e allegati presentati annualmente all'Amministrazione regionale, quale promemoria per l'eventuale verifica del punteggio attribuito dalla Regione e per non ripetere nelle domande successive quanto già dichiarato.

Alla data di scadenza del termine per la presentazione della domanda, gli aspiranti dovranno essere in possesso dei seguenti requisiti: diploma di laurea in Medicina e Chirurgia, iscrizione all'Albo professionale, attestato di formazione in medicina generale o titolo equipollente.

Si precisa quanto segue:

- l'attestazione dell'Ordine dei Medici eventualmente prodotta per dimostrare che il medico è iscritto all'Albo professionale, deve avere la data di rilascio non antecedente a 6 mesi dalla data di presentazione della domanda; la mancata presentazione di questo documento o di autocertificazione del possesso del requisito, comporta l'esclusione dalla graduatoria in caso di domanda di primo inserimento o dalla integrazione del punteggio in caso di domanda per la valutazione di nuovi titoli;
- i medici possono essere iscritti alla graduatoria solo se in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale o titolo equipollente, come previsto dai decreti legislativi n. 256/1991, n.368/1999 e n. 277/2003 (abilitazione all'esercizio professionale conseguito entro il 31/12/1994). Si prescinde dal requisito dell'attestato di formazione solo nel caso dei medici abilitati all'esercizio professionale entro il 31.12.1994, come indicato dal decreto del Ministero della Sanità del 15.12.94.

I titoli accademici e di servizio possono essere prodotti:

- in originale in bollo;
- a mezzo di dichiarazione sostitutiva (art. 46 e 47 DPR 445/2000 e ss.mm.ii.);
- in fotocopia semplice unitamente a dichiarazione sostitutiva di notorietà (pag. 7 della presente modulistica) con cui si attesta che le stesse sono conformi all'originale.
-

A far data dal 1° gennaio 2012, ai sensi dell'art. 15 della L. 12/11/2011, n. 183, recante modifiche al T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa (D.P.R. 28/12/2000, n. 445), le certificazioni rilasciate dalle P.A. in ordine a stati, qualità personali e fatti, sono valide e utilizzabili solo nei rapporti tra privati; nei rapporti con gli organi della P.A. e i gestori di pubblici servizi, i certificati sono sempre sostituiti dalle dichiarazioni sostitutive di certificazione o dall'atto di notorietà.

Conseguentemente le P.A. e i gestori di servizi non possono più accettarli né richiederli.

Per accelerare le procedure interne di controllo sulla veridicità della dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio, il medico può integrare la stessa allegando copia fotostatica, non autenticata, dei certificati di servizio di cui è eventualmente in possesso.

La modulistica è unica e può essere usata sia per presentare la domanda di primo inserimento che per l'integrazione annuale del punteggio, barrando la relativa voce "primo inserimento" o "integrazione dei titoli per l'aggiornamento del punteggio".

I medici devono **barrare i settori** relativi alle graduatorie nelle quali intendono essere inseriti; in mancanza, si terrà conto dell'opzione esercitata in precedenza.

Possono richiedere l'inserimento nel settore dell' **Emergenza Sanitaria Territoriale** solo i medici in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio delle attività di emergenza, di cui all'art. 96 del vigente A.C.N. per la medicina generale.

Ai sensi dell'art. 3 dell'Accordo Integrativo Regionale approvato con D.G.R. n. 1493 del 29/11/2013 e pubblicato sul B.U.R.L. n. 51, parte II, del 18 dicembre 2013, i medici che frequentano il **Corso di idoneità all'esercizio delle attività di Emergenza Sanitaria Territoriale** possono presentare domanda di inserimento con riserva nel relativo settore, compilando l'istanza di cui all'allegato A.

Dal corrente anno, i medici interessati possono, per il periodo dell'istruttoria e anche in sede di presentazione delle istanze di riesame, entro i 30 giorni dalla data di pubblicazione della graduatoria provvisoria, integrare/modificare i settori di attività, facendone richiesta per iscritto con raccomandata A/R o all'indirizzo di PEC protocollo@pec.regione.liguria.it.

I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato per una o più delle attività di medicina generale non possono fare domanda di inserimento nella relativa graduatoria di settore (art. 15, comma 11, A.C.N. vigente dal 29/7/2009), e possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.

Ai fini della determinazione del punteggio valido per la graduatoria, sono valutabili solo i titoli accademici e di servizio posseduti alla data del **31.12.2015**.

La domanda e le dichiarazioni sostitutive devono essere compilate in modo completo e leggibile. Non saranno valutati i titoli e le attività di servizio non previsti dall'A.C.N. (art. 16) né quelli dichiarati in maniera incompleta o incomprensibile. L'omessa sottoscrizione della domanda o della dichiarazione sostitutiva, la mancanza di fotocopia di documento di identità in corso di validità, la spedizione o consegna oltre il termine del 31/01/2016, comportano l'esclusione dall'inserimento nella graduatoria o dalla integrazione per l'aggiornamento del punteggio.

E' compito del medico informare tempestivamente le A.S.L. di interesse e la Regione circa l'eventuale variazione dei dati anagrafici.

Dall'anno 2014, ai sensi dell'art. 1 dell'Accordo Integrativo Regionale approvato con D.G.R. n. 1493 del 29/11/2013, pubblicato nel B.U.R.L. n. 51, parte II, del 18 dicembre 2013 e sul sito www.liguriainformasalute.it – nella sezione "avvisi e graduatorie regionali/medicina convenzionata/accordi integrativi regionali", l'Amministrazione regionale è tenuta a **verificare la disponibilità del medico che non abbia presentato domanda di integrazione per almeno due anni consecutivi ai fini della sua permanenza nella graduatoria o della revoca.**

Ai sensi dell'art. 34 comma 8, dell'A.C.N., è cancellato dalla graduatoria regionale di settore il medico che abbia accettato l'incarico ai sensi dell'art. 35 comma 1.

I medici che intendono iscriversi **sia alla graduatoria di medicina generale che alla graduatoria di pediatria di libera scelta** devono utilizzare la relativa modulistica e inviare le domande in buste separate.

Le graduatorie regionali sono consultabili sul sito istituzionale www.liguriainformasalute.it – nella sezione "avvisi e graduatorie regionali/medicina convenzionata/graduatorie regionali MG e PLS".

Si ricorda che ai sensi dell'A.C.N. la Regione pubblica nel B.U.R.L. e sul sito istituzionale le graduatorie provvisorie e nei 30 giorni successivi il medico, verificato il punteggio attribuitogli, può presentare eventuale istanza di riesame in carta libera, anche via PEC.

Per ulteriori precisazioni è possibile contattare i nr. telefonici: 0105484843 – 010 5485091 o scrivere alla mail: marcella.quintaba@regione.liguria.it