



## Regione Siciliana

### DOMANDA DI INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA REGIONALE DI MEDICINA GENERALE VALIDA PER L'ANNO 2014

marca da bollo  
€14,62

All'Assessorato Regionale della Salute  
Dipartimento Pianificazione Strategica  
Servizio 2°- Personale convenzionato S.S.R.  
Piazza O. Ziino n° 24  
90145 Palermo

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ comune di **residenza (\*1)**

prov. \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. n° \_\_\_\_\_

Inserito nella Graduatoria valida per l'anno 2013  **Si**  **No**  
( barrare la casella che interessa )

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

#### CHIEDE

di essere inserito nella Graduatoria Regionale, valida per l'anno 2014, relativa al settore di:

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

**\* LA MANCATA INDICAZIONE DI SETTORE COMPORTERA' L'ESCLUSIONE DALLA GRADUATORIA**

#### ACCLUDE

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

N°.....dichiarazioni sostitutive dell'atto notorio  
copia fotostatica di un documento di identità

( 1) Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

c/o \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

provincia \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Data.....

Firma.....

## Formazione della graduatoria regionale di Medicina Generale da valere per l'anno 2014

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE -AUTOCERTIFICAZIONE-

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

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

#### DICHIARA

1. Di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di.....dal.....
2. Di essere stato iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di.....  
dal.....al.....e all'Ordine dei Medici della Provincia di.....  
dal.....al.....
3. Di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso  
l'Università di.....in data.....con voto.....
4. Di essere abilitato all'esercizio professionale dal.....
5. Di essere in possesso delle specializzazioni o libere docenze:  
(1)Specializzazione/libera docenza in.....conseguita il.....  
presso....., corso svolto dal.....al.....  
(indicare gg/mm/aa )  
(2)Specializzazione/libera docenza in.....conseguita il.....  
presso....., corso svolto dal.....al.....  
(indicare gg/mm/aa )
6. Di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione in Medicina Generale conseguito  
entro il 31/12/2012 presso la regione.....,corso svolto  
dal.....al..... (indicare gg/mm/aa ).

7. Di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione in Medicina Generale conseguito tra il 1° ed il 31/01/2013 presso.....
8. Di essere/non essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'Emergenza Sanitaria Territoriale rilasciata dall'Azienda Sanitaria Provinciale n° .....di..... in data.....
9. Di essere/non essere titolare di incarico di Assistenza Primaria presso l'Azienda Sanitaria Territoriale n° .....di.....nell'ambito territoriale di..... della Regione.....dal.....
10. Di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale presso l'Azienda Sanitaria Territoriale n° .....di.....nel distretto di ..... della Regione.....dal.....
11. Di essere/non essere titolare di incarico a tempo indeterminato nell'Emergenza Sanitaria Territoriale presso l'Azienda Sanitaria Territoriale n° .....di.....nel distretto di ..... della Regione.....dal.....
12. Di essere/non essere iscritto al corso di formazione specifica in Medicina Generale di cui al D.L.vo 277/03 presso la Regione.....dal.....
13. Di essere/non essere iscritto a corsi di Specializzazione di cui al D.L.vo 257/91 e corrispondenti norme del D.L.vo 368/99 presso l'Università di..... dal.....  
(indicare gg/mm/aa ).

**si avvertono le SS. LL. che la mancata compilazione, anche se negativa, di tutti i punti della suddetta autocertificazione comporterà la NON VALUTAZIONE dei titoli di servizio.**

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

Data.....

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

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

## Formazione della graduatoria regionale di Medicina Generale da valere per l'anno 2014

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' - ATTO NOTORIO -

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

C. F.....

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

### DICHIARA

#### DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI TITOLI DI SERVIZIO

1. Attività di medico di Assistenza Primaria convenzionato a tempo indeterminato o determinato o svolta in qualità di associato svolta nella regione Sicilia ( 0.30 punti per mese di attività );  
A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....  
A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....  
A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....
2. Attività di medico di Assistenza Primaria convenzionato a tempo indeterminato o determinato o svolta in qualità di associato fuori dalla regione Sicilia ( 0.20 punti per mese di attività );  
A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....  
A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....  
A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....
3. Attività di sostituzione del medico di assistenza primaria convenzionato solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 gg. continuativi ( 0.20 punti per mese di attività );  
dal.....al.....medico\*.....A.S.P.....  
dal.....al.....medico\*.....A.S.P.....  
dal.....al.....medico\*.....A.S.P.....
4. Stessa attività di cui al punto precedente dovuta ad attività sindacale anche se di durata inferiore ai 5 gg. continuativi. Le sostituzioni effettuate su base oraria sono valutate con gli stessi criteri di cui al punto 5 ( 0.20 punti per mese di attività );  
dal.....al.....medico\*.....A.S.P.....  
dal.....al.....medico\*.....A.S.P.....  
dal.....al.....medico\*.....A.S.P.....
5. Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione di Continuità Assistenziale in forma attiva ( 0.20 punti per mese ragguagliato a 96 ore di attività);  
**- vedi allegato A per la compilazione -**
6. Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione nell'Emergenza Sanitaria Territoriale ( 0.20 punti per ogni mese di attività );  
**- vedi allegato A1 per la compilazione -**
7. Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o determinato o di sostituzione nella Medicina dei Servizi ( 0.20 punti per ogni mese di attività ragguagliato a 96 ore );

- vedi allegato A2 per la compilazione -

8. Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate ( 0.10 punti per mese di attività corrispondente a 52 ore );  
A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....  
A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....  
A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....
9. Attività programmate nei servizi territoriali di Continuità Assistenziale e di Emergenza Sanitaria Territoriale in forma di reperibilità domiciliare ai sensi del presente accordo (\*) ( 0.05 per ogni mese di attività ragguagliato a 96 ore );  
**Le ore di servizio svolte in forma attiva ancorchè derivanti da incarico di reperibilità domiciliare, dovranno essere indicate al punto 5.**

- vedi allegato A3 per la compilazione -

10. Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche, organizzate dalle Regioni o dalle AA. SS. PP. ( 0.20 punti per mese di attività );  
A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....  
A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....  
A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....
11. Attività, anche in forma di sostituzione, di pediatra di libera scelta se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 gg. continuativi ( 0.10 punti per mese di attività );  
dal.....al.....medico\*.....A.S.P.....  
dal.....al.....medico\*.....A.S.P.....  
dal.....al.....medico\*.....A.S.P.....
12. Attività come medico specialista ambulatoriale nella branca di Medicina Interna, e medico Generico di ambulatorio ex enti mutualistici, medico generico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato con il Ministero della Sanità per il servizio di assistenza ai naviganti ( 0.05 punti per mese di attività );  
A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....  
A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....  
A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....
13. Servizio Militare di Leva o sostitutivo nel Servizio Civile, svolto dopo il conseguimento del diploma di Laurea in Medicina, anche in qualità di Ufficiale medico di complemento ( 0.10 punti per mese fino ad un massimo di 12 mesi )  
dal.....al.....
14. Servizio Militare di Leva o sostitutivo nel Servizio Civile, svolto dopo il conseguimento del diploma di Laurea in Medicina, anche in qualità di Ufficiale medico di complemento, in concomitanza di incarico, anche provvisorio, di Medicina generale e limitatamente al periodo di concomitanza ( 0.20 punti per mese fino ad un massimo di 12 mesi )  
dal.....al.....
15. Servizio Civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto dopo la Laurea in Medicina e Chirurgia (0.10 punti per mese)  
dal.....al.....
16. Servizio Civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto in concomitanza di incarico ai sensi del presente Accordo (0.20 punti per mese)  
dal.....al.....

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

(0.20 punti per mese di attività)

dal.....al.....St.Termale.....Loc.....

dal.....al.....St.Termale.....Loc.....

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

18. Servizio effettivo di Medico di Assistenza Primaria, di Continuità Assistenziale, di Emergenza Territoriale, svolto in Paesi dell'Unione Europea, ai sensi della Legge 9 febbraio 1979 n° 38, della Legge 10 luglio 1960 n° 735 e successive modificazioni e del Decreto Ministeriale 1° settembre 1988 n° 430 (\*)

(0.20 punti per mese di attività)

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

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

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

19. Attività di medico addetto all'Assistenza Sanitaria nelle carceri, sia a tempo indeterminato che di sostituzione ai sensi dell'art. 6 comma 2 L. 296/93, per almeno 18 ore settimanali( 0.20 punti per mese di attività)

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

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

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

dal ..... al ..... Distretto militare di .....

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

dal.....al.....

\* inserire il nome del medico sostituito

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

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

( 1 ) ai sensi dell'art. 76 comma 1 D. P. R. 445/00 " chiunque rilascia documentazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia ". ( 2 ) ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D. P. R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

ALLEGATO "A"

Dott. Cognome ..... Nome.....

C. F.....

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

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

Gennaio	dal.....al.....	ore.....
Febbraio	dal.....al.....	ore.....
Marzo	dal.....al.....	ore.....
Aprile	dal.....al.....	ore.....
Maggio	dal.....al.....	ore.....
Giugno	dal.....al.....	ore.....
Luglio	dal.....al.....	ore.....
Agosto	dal.....al.....	ore.....
Settembre	dal.....al.....	ore.....
Ottobre	dal.....al.....	ore.....
Novembre	dal.....al.....	ore.....
Dicembre	dal.....al.....	ore.....

ALLEGATO "A1"

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

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

Gennaio	dal.....al.....	ore.....
Febbraio	dal.....al.....	ore.....
Marzo	dal.....al.....	ore.....
Aprile	dal.....al.....	ore.....
Maggio	dal.....al.....	ore.....
Giugno	dal.....al.....	ore.....
Luglio	dal.....al.....	ore.....
Agosto	dal.....al.....	ore.....
Settembre	dal.....al.....	ore.....
Ottobre	dal.....al.....	ore.....
Novembre	dal.....al.....	ore.....
Dicembre	dal.....al.....	ore.....

**Firma**.....

ALLEGATO "A2"

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

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

Anno .....	A.S.P. n°.....	Distretto di.....	
Gennaio	dal.....	al.....	ore.....
Febbraio	dal.....	al.....	ore.....
Marzo	dal.....	al.....	ore.....
Aprile	dal.....	al.....	ore.....
Maggio	dal.....	al.....	ore.....
Giugno	dal.....	al.....	ore.....
Luglio	dal.....	al.....	ore.....
Agosto	dal.....	al.....	ore.....
Settembre	dal.....	al.....	ore.....
Ottobre	dal.....	al.....	ore.....
Novembre	dal.....	al.....	ore.....
Dicembre	dal.....	al.....	ore.....

ALLEGATO "A3"

Attività programmata nei servizi territoriali di Continuità Assistenziale o di Emergenza Sanitaria  
 Territoriale in forma di reperibilità.

Anno .....	A.S.P. n°.....	Distretto di.....	
Gennaio	dal.....	al.....	ore.....
Febbraio	dal.....	al.....	ore.....
Marzo	dal.....	al.....	ore.....
Aprile	dal.....	al.....	ore.....
Maggio	dal.....	al.....	ore.....
Giugno	dal.....	al.....	ore.....
Luglio	dal.....	al.....	ore.....
Agosto	dal.....	al.....	ore.....
Settembre	dal.....	al.....	ore.....
Ottobre	dal.....	al.....	ore.....
Novembre	dal.....	al.....	ore.....
Dicembre	dal.....	al.....	ore.....

**Firma**.....