



**DOMANDA DI INSERIMENTO NELLE GRADUATORIE  
REGIONALI DI SETTORE DELLA MEDICINA GENERALE A VALERE PER L'ANNO 2015**

**RACCOMANDATA**

**Alla Regione Abruzzo  
Direzione Regionale Politiche della Salute  
Servizio Assistenza Sanitaria di Base e Specialistica  
Via Conte di Ruvo, n. 74  
65127 P E S C A R A**

**PRIMO INSERIMENTO**

**INTEGRAZIONE TITOLI**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
M \_\_\_ F \_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Comune di residenza \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
Azienda U.S.L. di residenza \_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

**L'inserimento/l'integrazione** titoli nelle Graduatorie Regionali di Medicina Generale, a valere per l'anno **2015**, relative alle attività nel settore di:  
**(barrare la casella)**

- Assistenza Primaria;
- Continuità Assistenziale;
- Emergenza Sanitaria Territoriale, ove presente;
- Medicina dei servizi territoriali, ove presente.

**A tal fine dichiara di NON ESSERE TITOLARE di incarico a tempo indeterminato nei settori di attività sopra indicato/i. (\*)**

(\*) Art.15, comma 11, A.C.N. : "I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato per una o più delle attività sopra indicate non possono fare domanda di inserimento nella relativa graduatoria di settore, e, pertanto, possono concorrere alla assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento".

Acclude alla presente la seguente documentazione (vedi avvertenze):

- a) N° \_\_\_\_\_ dichiarazione/i sostitutive di certificazione (Allegato "A");
- b) N° \_\_\_\_\_ dichiarazione/i sostitutive dell'atto notorio (Allegato "B");
- c) N° \_\_\_\_\_ prospetto riepilogativo valutazione titoli ed attività svolta (**non avente valore di autocertificazione**);
- d) N° \_\_\_\_\_ copia/e fotostatiche di documento di identità personale in corso di validità.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

c/o \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Ai sensi delle disposizioni contenute nel "Codice in materia di protezione dei dati personali" approvato con D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, **si autorizza** il trattamento dei dati personali sopra riportati nei limiti degli adempimenti istituzionali previsti dal Contratto Nazionale.

Data \_\_\_\_\_ firma per esteso \_\_\_\_\_

La domanda in bollo deve essere spedita a mezzo RACCOMANDATA entro e non oltre il 31 gennaio 2014 al seguente indirizzo:  
**REGIONE ABRUZZO – DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE – Servizio Assistenza Sanitaria di Base e Specialistica  
Via Conte di Ruvo n. 74 – 65127 PESCARA (tel. 085/7672605)**

## AVVERTENZE GENERALI

- La documentazione allegata deve essere tale da poterne consentire la valutazione; non si terrà conto di quella dalla quale non sia possibile dedurre i dati di valutazione o di quella mancante rispetto a quanto trascritto dal medico nel prospetto interno;
- Il prospetto riepilogativo dei titoli valutabili non ha valenza di autocertificazione né di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà;
- Ai sensi dell'art. 15, comma 11 del nuovo Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale, i medici già titolari di incarico a tempo indeterminato per una o più delle attività ( Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale, Emergenza Sanitaria Territoriale, Medicina dei Servizi) di cui al nuovo A.C.N., non possono fare domanda di inserimento nella relativa graduatoria di settore e, pertanto, possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento;
- Ai sensi dell'art.16, comma 4 del nuovo A.C.N. della Medicina Generale, le attività di servizio svolte durante i periodi formativi non sono valutabili. Come da *parere S.I.Sa.C. prot. 649/2011 del 28 luglio 2011* nel caso di Corso di Formazione in Medicina Generale la preclusione alla valutazione del servizio contestualmente svolto, ha carattere assoluto e quindi verrà attribuito il punteggio previsto per il titolo conseguito (punti 7,20); nel caso di Specializzazione non riconosciuta valida ai fini dell'accesso in graduatoria, è possibile riconoscere esclusivamente le attività compatibili con l'iscrizione al Corso di Specializzazione e cioè le attività consentite ai sensi dell'art. 19, comma 11 della Legge 28 dicembre 2001, n. 448. In questa seconda ipotesi, ovviamente, il punteggio per attività di servizio è alternativo ( e non sommabile) a quello eventualmente riconosciuto dall'A.C.N. per il titolo conseguito. Eventuali punteggi già assegnati saranno recuperati retroattivamente;
- I titoli accademici, di studio e di servizio devono essere prodotti:
  - a) dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000 (Allegato "A" per i titoli accademici e di studio);
  - b) dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi dell'art. 47 D.P.R. n. 445/2000 (Allegato "B" per i titoli di servizio).
- La mancata sottoscrizione della domanda o delle dichiarazioni sostitutive, la spedizione oltre il termine del 31 gennaio 2014, comportano l'esclusione dalla graduatoria.

### NOTA BENE

- Con *Deliberazione di Giunta Regionale n. 702 del 7.10.2013* è stato deliberato di:
  - di fissare il termine di permanenza di iscrizione dei medici nelle Graduatorie di Medicina Generale, in anni (2) due a partire a quello successivo alla domanda di Primo inserimento, ovvero da quello dell'ultima istanza di Integrazione titoli trasmessa alla Regione Abruzzo.
  - di disporre che il termine di due anni di permanenza di iscrizione dei medici nelle citate Graduatorie di Medicina Generale decorrerà a partire dalla formulazione della Graduatoria valida per l'anno 2015 e che verranno esclusi i medici inseriti nella graduatoria valida per l'anno 2012 ed in quelle degli anni precedenti che non hanno manifestato più interesse all'iscrizione.

### **INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO AI SENSI DELL 'ART.13 D. LGS. 196/2003 SULLA TUTELA DEI DATI PERSONALI**

- Ai sensi del D. Lgs. 13 giugno 2003, n. 196, 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 alla formazione delle graduatorie regionali di medicina generale.
  2. Il trattamento viene effettuato avvalendosi anche 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 dette graduatorie.
  4. L'art. 7 della citata legge 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 della finalità su cui si basa il trattamento.
  5. Alcuni dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo nonché sul portale della Sanità della Regione Abruzzo.
  6. Titolare del trattamento dei dati è la Regione Abruzzo e Responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente del Servizio Assistenza Sanitaria di Base e Specialistica; i dati personali sono conservati presso le Strutture della Direzione "Politiche della Salute" ed incaricati del trattamento dei dati sono i dipendenti di detti Uffici.

**PROSPETTO RIEPILOGATIVO VALUTAZIONE TITOLI ED ATTIVITÀ SVOLTA**

		PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO	
<i>I Titoli accademici o di studio</i>			
Diploma di laurea conseguito con voti da 100/110 a 104/110 ovvero da 90/100 a 94/100 (punti 0,30) - voto _____/110 (Punti 0,30) - voto _____/100	= punti		
Diploma di laurea conseguito con voti da 105 a 109/110 ovvero da 95/100 a 99/100 (punti 0,50) - voto _____/110 (punti 0,50) - voto _____/100	= punti		
Diploma di laurea conseguito con voti 110/110 e 110/110 e lode ovvero da 100/100 e 100/100 e lode (punti 1,00) - voto _____/110 (punti 1,00) - voto _____/100	= punti		
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 = punti		
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 = punti		
Attestato di formazione in medicina generale di cui all'art. 1, comma 2 o all'art. 2, comma 2, del D.L.vo n. 256/91 e di cui alla legge 277/2003 (punti 7,20) dal _____ al _____	= punti		
<i>II Titoli di servizio</i>		Punteggi Stessa Regione	Punteggi Altra Regione
1) Attività di assistenza primaria convenzionata, a tempo indeterminato, determinato, o svolta in qualità di associato  dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	Totale Mesi X 0,30.  p. _____	Totale Mesi X 0,20.  p. _____	
2) 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 giorni continuativi): dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	Totale Mesi X 0,20.  p. _____		
3) Stessa attività di cui al punto precedente dovuta ad attività sindacale e sostituzioni d'ufficio anche se di durata inferiore a 5 gg. Le sostituzioni effettuate su base oraria ai sensi dell'art. 23 sono valutate con gli stessi criteri di cui al Titolo II, lett. c) dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	Totale Mesi X 0,20.  p. _____		
4) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione di continuità assistenziale (per mese, ragguagliato a 96 ore di attività) U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____	Totale Mesi X 0,20.  p. _____		p. _____

		PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO	
<b>5) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o di sostituzione nella medicina dei servizi</b> (per mese, ragguagliato a 96 ore di attività) U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____		Totale Mesi X 0,20.	
<b>6) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione nella emergenza sanitaria territoriale</b> U.S.L. _____ dal _____ al _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____		Totale Mesi X 0,20.	
<b>7) Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate: per ogni mese di attività corrispondente a 52 ore:</b> U.S.L. _____ dal _____ al _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____		p. _____ (*) Totale Mesi X 0,10.	
<b>8) Attività programmata nei servizi territoriali di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale in forma di reperibilità ai sensi del presente accordo</b> (per mese, ragguagliato a 96 ore di attività) U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____		p. _____ (*) Totale Mesi X 0,05.	
<b>9) Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende: (per mese)</b> U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____		p. _____ (*) Totale Mesi X 0,20.	
<b>10) 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</b> (per mese per un massimo di 12 mesi) dal _____ al _____		p. _____ (*) Totale Mesi X 0,10.	
<b>11) 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)</b> dal _____ al _____		p. _____ (*) Totale Mesi X 0,20.	
<b>12) servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto dopo la laurea in medicina e chirurgia: (per mese)</b> dal _____ al _____		p. _____ (*) Totale Mesi X 0,10.	
<b>13) 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)</b> dal _____ al _____		p. _____ (*) Totale Mesi X 0,20.	
<b>14) 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 (per mese di attività).</b> dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____		p. _____ Totale Mesi X 0,10.	
		p. _____	

		PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO	
<p><b>15) Attività come 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.</b> (0,05 punti per mese di attività)</p> <p>dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____</p>	(*)	Totale Mesi X 0,05.	
		p. _____	
<p><b>16) Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria nelle carceri, sia a tempo indeterminato che di sostituzione, e Ufficiale medico militare in s.p.e.</b> (per ogni mese di attività):</p> <p>dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____</p>	(*)	Totale Mesi X 0,20.	
		p. _____	
<p><b>17) Servizio prestato presso aziende termali, (Legge 24 ottobre 2000 n.323 art.8), equiparato all'attività di continuità assistenziale, per ogni mese complessivo di attività:</b></p> <p>dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____</p>	(*)	Totale Mesi X 0,20.	
		p. _____	
<p><b>18) Servizio effettivo di medico di assistenza primaria, della 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: per ciascun mese complessivo</b></p> <p>dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____</p>	(*)	Totale Mesi X 0,20.	
		p. _____	
<p>firma del medico</p> <p>_____</p>		<p>Totale punteggio complessivo</p> <p>_____</p>	

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

Le Graduatorie sono pubblicate sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo. Tali graduatorie, nonché tutta la modulistica necessaria, sono disponibili anche via internet ( all'indirizzo <http://www.regione.abruzzo.it> nella Home Page della Regione Abruzzo, sezione **AVVISI**).

**FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA DI MEDICINA GENERALE DA VALERE PER L'ANNO 2015****DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
(AUTOCERTIFICAZIONE)  
(art. 46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445)**

ESENTE DA BOLLO

In relazione alla domanda di primo inserimento e/o di integrazione dei titoli per le graduatorie regionali di settore della Medicina Generale, ai sensi del vigente Accordo Collettivo Nazionale:

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità (art. 76 D.P.R. 445/2000):

**DICHIARA**

1. Di essere iscritto all'Ordine dei Medici della provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_;
  2. Di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_;
  3. Di essere in possesso di Abilitazione all'esercizio della professione conseguita presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
  4. Di essere in possesso dell'Attestato di formazione in medicina Generale conseguito presso la Regione \_\_\_\_\_ - sede \_\_\_\_\_ - tel. \_\_\_\_\_ a seguito di corso tenutosi dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_;
  5. Di essere in possesso del diploma di specializzazione o libera docenza nella disciplina di \_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ con frequenza dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_;
  6. Di aver svolto il servizio militare di leva - o sostitutivo nel servizio civile - anche in qualità di ufficiale medico di complemento, dopo il conseguimento del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia (da computare per max di 12 mesi) dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso (\*) \_\_\_\_\_ ovvero dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso (\*) \_\_\_\_\_ (in concomitanza di incarico conferito da \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ ai sensi dell'accordo nazionale);
- (\*) (fornire chiaramente nome, ed eventuale n. di telefono, degli Uffici o Enti che, detenendo gli atti autorizzativi, possano confermare il servizio)

Data \_\_\_\_\_

Firma per esteso \_\_\_\_\_  
(non soggetta ad autentica)**AVVERTENZE: Cancellare a penna i punti che non interessano.**

FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA DI MEDICINA GENERALE DA VALERE PER L'ANNO 2015**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**  
(art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 N. 445)**ESENTE DA BOLLO**

In relazione alla domanda di primo inserimento e/o di integrazione dei titoli per le graduatorie regionali di settore della Medicina Generale, ai sensi del vigente Accordo Collettivo Nazionale:

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 D.P.R. 445/2000) (1):

**DICHIARA DI ESSERE IN POSSESSO DEL SEGUENTE TITOLO DI SERVIZIO (non contemporaneo a periodi formativi):**

**ATTIVITA' :** \_\_\_\_\_ (riportare voce A.C.N. 2009)

Indicare se trattasi di incarico a tempo Determinato  - a tempo Indeterminato  (decorrenza t. indeterminato dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ )  
- di Sostituzione  - Lav. Dipendente  (decorrenza lav.dipend. dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ )

Se trattasi di Medicina termale presso Azienda Convenzionata ..... indicare anche il numero delle ore settimanali \_\_\_\_\_

P.M.: Le Sostituzioni sono valutabili solo se effettuate a medico di MG con più di 100 utenti ovvero a pediatri con almeno 70 utenti-(col.5)

<u>Dal</u>	<u>Al</u>	<u>Numero GIORNI</u>	<u>Num. ORE EFFETTIVE</u>	<u>Numero UTENTI</u>	<u>UFFICIO o ENTE</u> che, detenendo gli atti autorizzativi, può confermare il servizio a richiesta	<u>Telefono Ufficio o Ente</u>
<u>I servizi DEVONO essere indicati PER MESE</u>		<u>per servizi valutabili in giorni</u>	<u>Per servizi valutabili in ore</u>	<u>per servizi Sostituz. MG/ Pediat</u>		

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma del dichiarante \_\_\_\_\_ (2)

(1)- Ai sensi dell'art. 76 del DPR. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, le dichiarazioni mendaci e la falsità in atti, sono puniti dal codice penale. Il dichiarante decade, ai sensi dell'art. 75 DPR. 445/2000, dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

(2)- Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 445/2000, la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica, ancorché non autentica, di un **valido documento di identità** del sottoscrittore.

**N.B.: Utilizzare n. 1 modulo (di una o più pagine se necessario) per ciascuna attività valutabile.**

## ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLE AUTODICHIARAZIONI

Tutti i titoli, accademici, di studio e di servizio, indicati nel modulo della domanda, nonché l'iscrizione all'Albo professionale, **DEVONO ESSERE SEMPRE RESI IN FORMA DI DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONE O DI DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI ATTO NOTORIO.**

Tutte le autodichiarazioni devono essere rilasciate, in esenzione di bollo, utilizzando:

- **l'Allegato A)** per quanto concerne l'autocertificazione dell'iscrizione all'Ordine, del possesso dei titoli accademici, di studio e del servizio di leva (art. 46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445);
- **l'Allegato B)** per quanto concerne la dichiarazione inerente i servizi valutabili svolti a tutto il 31 dicembre precedente alla data di presentazione della domanda (art. 76 D.P.R. 445/2000), con firma autenticata a mezzo presentazione di fotocopia di un valido documento di identità.

**L'Allegato A)** non presenta particolari difficoltà di compilazione: è sufficiente redigerlo con chiarezza e precisione nelle parti che interessano e depennare le altre.

**L'Allegato B)**, anch'esso da redigere con chiarezza e precisione, va compilato seguendo le successive istruzioni:

- Utilizzare n. 1 modulo per ciascuna attività valutabile indicata nell'ACN 2009;
- Esporre con CHIAREZZA quanto richiesto dal modello senza trascurare alcuna voce;
- Dichiarare sempre la tipologia del servizio, le decorrenze richieste e gli ulteriori dati illustrati di seguito;
- Elencare i servizi possibilmente in ordine di data;
- Esporre i servizi, valutabili in ore, **DISTINTI PER MESE**;
- Indicare **sempre l'Ufficio o l'Ente** che, detenendo gli atti autorizzativi, possa a richiesta confermare il servizio.

=====

Si trascrivono di seguito i servizi ammessi a valutazione, in base al vigente Accordo Collettivo Nazionale, con l'indicazione dei dati indispensabili per poterne effettuare una corretta valutazione:

- 1) **ASSISTENZA PRIMARIA IN CONVENZIONE:**  
Medico di Assistenza primaria, compresa attività di associato:  
Indicare PERIODI CONTINUATIVI dal .. al.....; ASL..... eventuale Distretto.....
- 1bis) **ASSISTENZA PRIMARIA IN CONVENZIONE NELLA REGIONE:**  
Stessa attività di cui al punto precedente prestata nell'ambito della Regione nella cui graduatoria si chiede l'inserimento:  
Indicare PERIODI CONTINUATIVI dal .. al.....; ASL.....eventuale Distretto.....
- 2) **SOSTITUZIONE M.G. :**  
Attività di sostituzione medico di assistenza primaria se svolta con rif. a più di 100 utenti e per periodi non inf. a 5 giorni:  
Indicare PERIODI CONTINUATIVI dal.....al..... (computo dei GIORNI) + NUM. UTENTI; ASL.....eventuale Distretto.....
- 3) **SOSTITUZIONE MG. per attività SINDACALE :**  
Stessa attività di cui al punto precedente dovuta ad attività Sindacale o sostituzione d'Ufficio, anche se inferiore a 5 giorni (anche su base oraria ai sensi art. 23):  
Indicare PERIODI CONTINUATIVI dal.....al.....(computo dei GIORNI) + NUM. UTENTI; ASL.....eventuale Distretto.....  
In caso di servizio su base oraria indicare **anche le ORE** distinte per mese;
- 4) **CONTINUITA' ASSISTENZIALE :**  
Incarico a tempo indeterminato o di sostituzione di continuità assistenziale e guardia medica in forma attiva:  
Indicare dettagliatamente le ORE distinte PER MESE; ASL.....eventuale Distretto.....
- 5) **MEDICINA SERVIZI :**  
Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o determinato, o di sostituzione nella medicina dei servizi:  
Indicare dettagliatamente le ORE distinte PER MESE; ASL.....eventuale Distretto.....



- 6) **EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE:**  
 Incarico a tempo indeterminato o di sostituzione nell'emergenza sanitaria territoriale:  
 Indicare PERIODI CONTINUATIVI dal .. al.....(computo dei GIORNI) solo se effettuati ad orario pieno altrimenti indicare le ORE distinte PER MESE; ASL.....eventuale Distretto.....
- 7) **ATTIV. TERRITORIALI PROGRAMMATE :**  
 Serv. effettivo in Attività Territoriali Programmate:  
 Indicare dettagliatamente le ORE distinte PER MESE; ASL.....eventuale Distretto.....
- 8) **REPERIBILITA' :**  
 Attività nei servizi territoriali di Continuità Assistenziale o di Emergenza Sanitaria in forma di Reperibilità:  
 Indicare dettagliatamente le ORE distinte PER MESE; ASL.....eventuale Distretto.....
- 9) **TURISTICA :**  
 Attività medica di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzate dalle Regioni o dalle Aziende:  
 Indicare PERIODO ESATTO DELL'INCARICO dal ....al .... (computo dei GIORNI); ASL.....
- 10) **SERV. LEVA** o sostitutivo (max 12 mesi):  
 Dichiarabile con "AUTOCERTIFICAZIONE" (vedi modello Allegato A)
- 11) **SERV. LEVA DURANTE INCARICO:**  
 Dichiarabile con "AUTOCERTIFICAZIONE" (vedi modello Allegato A)  
**DOCUMENTARE** anche la **concomitanza dell'incarico**; ASL.....eventuale Distretto.....
- 12) **SERV. VOLONTARIO CIVILE:**  
 Servizio Volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà svolto dopo la laurea in medicina e chirurgia:  
 Indicare PERIODI CONTINUATIVI dal....al..... (computo dei GIORNI); indicare l'Ente che detiene la documentazione;
- 13) **SERV. VOLONTARIO CIVILE DURANTE INCARICO:**  
 Servizio Volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà svolto in concomitanza di incarico:  
 Indicare PERIODI CONTINUATIVI dal....al..... (computo dei GIORNI);  
**DOCUMENTARE** anche la **concomitanza dell'incarico**( indicare ASL); indicare l'Ente che detiene la documentazione;
- 14) **PEDIATRIA:**  
 Attività, anche in forma di sostituzione, di medico pediatra, se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni:  
 Indicare PERIODI CONTINUATIVI dal....al..... (computo dei GIORNI) + NUMERO UTENTI; ASL.....eventuale Distretto.....
- 15) **SPECIALISTA AMBULATORIALE:**  
 Medico specialista ambulatoriale di medicina interna e medico generico ex enti mutualistici, medico Fiduciario e medico Ambulatoriale  
 Convenzionato con Ministero della Sanità per il servizio di assistenza ai naviganti:  
 Indicare PERIODO CONTINUATIVO dal....al..... (computo dei GIORNI); indicare l'Ente;
- 16) **MEDICO CARCERI e UFFICIALE MEDICO MILITARE S.P.E.:**  
 Attività medica di assistenza nelle carceri in sostituzione o a tempo indeterminato e Ufficiale Medico Militare in Serv. Permanente Effettivo:  
 Indicare PERIODI CONTINUATIVI dal..... al..... (computo dei GIORNI) ; indicare l'Ente con relativa sede;
- 17) **MED. TERMALE:**  
 Servizio presso aziende termali (con modalità di cui art. 8 legge 24/10/2000 n. 323):  
 Indicare PERIODO CONTINUATIVO dal ....al..... (computo dei GIORNI)+ decorrenza LAV.DIP.+ ORE SETT.LI;  
**ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE  copia certificato azienda termale privata (con indicazione degli estremi dell'accreditamento con il SSN) attestante che si tratta di lavoro dipendente, a tempo pieno, con rapporto esclusivo e con orario non inferiore alle 35 ore settimanali (vedi art. 8 L.323/2000);**
- 18) **MED. GEN. IN UNIONE EUROPEA:**  
 Servizio Assistenza Primaria, Continuità assistenziale ed Emergenza territoriale, svolto in Paesi dell'Unione Europea:  
 Indicare PERIODI e ORE con le stesse modalità dei corrispondenti servizi che si effettuano sul territorio Italiano;  
**ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE  copia del provvedimento di RICONOSCIMENTO DEL SERVIZIO.**

=====