

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

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

Il sottoscritto Dott. C. F.

nato a il residente a

prov.Via

Ai sensi e agli effetti dell'art.46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R.

DICHIARA

- Di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di Dala tutt'oggi
- Di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di (*)
..... in data con voto/110
(*) Indicare sede e denominazione completa dell'Università)
- Di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione dal conseguita nella sessione
.....presso l'Università di
- Di essere in **possesso dell'attestato di formazione** specifica in medicina generale conseguito il
presso
Specificare data di inizio e data di conclusione del corso di formazione:
data inizio corso ___|___|_____| data fine corso ___|___|_____|
- Di **frequentare il corso di formazione specifica in medicina generale** c/o Regione e
di essere iscritto al anno Specificare data di inizio ___|___|_____|
- Di aver **rinunciato al corso di formazione specifica in medicina generale** in data ___|___|_____|
Specificare data di inizio ___|___|_____|
- Di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'emergenza territoriale rilasciata da...
..... in data ___|___|_____|
- Di essere in possesso della specializzazione o libera docenza in:
a) **MEDICINA GENERALE** conseguita presso l'Università di in data
b) conseguita presso l'Università di in data
- Di aver svolto il servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile dopo il conseguimento del Diploma di Laurea in
Medicina anche in qualità di ufficiale medico di complemento dal al presso
.....

Data _____

* firma per esteso _____

* Ai sensi dell'art.38, comma 3, D.P.R. 445/2000 la firma non è soggetta ad autenticazione se inviata unitamente alla fotocopia, ancorché non autenticata, di un proprio documento di identità in corso di validità.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO (TITOLI DI SERVIZIO ED ATTIVITA' SVOLTA)

Il sottoscritto Dott. C. F.
nato a il

Ai sensi e agli effetti dell'art. 46 e dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R.

DICHIARA

di aver conseguito i seguenti titoli:

DA RIEMPIRE A CURA DEL MEDICO	PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO
I - Titoli accademici o di studio	
- Diploma di laurea conseguito con voti da 100/110 a 104/110 o da 90/100 a 94/100: (punti 0,30) – voto _____/110 (punti 0,30) – voto _____/100	= punti
Diploma di laurea conseguito con voti da 105/110 a 109/110 o da 95/100 a 99/100: (punti 0,50) – voto _____/110 (punti 0,50) – voto _____/100	
Diploma di laurea conseguito con voto 110/110 e lode o 100/100 e lode: (punti 1,00) – voto _____/110 (punti 1,00) – voto _____/100	
- Specializzazione o libera docenza in medicina generale o disciplina equipollente, ai sensi delle vigenti disposizioni specializzazione in _____ specializzazione in _____	Totale n. ____ X 2,00 = punti
- Specializzazione o libera docenza nelle discipline affini alla medicina generale, ai sensi delle vigenti disposizioni specializzazione in _____ specializzazione in _____	Totale n. ____ X 0,50 = punti
- Attestato di formazione in medicina generale come previsto dai DD.L.vi n. 256/91 o n. 368/99 come modificato dal D.Lgs. n. 277/2003. (punti 7,20) Conseguito il ____/____/____ presso: _____ Data inizio corso ____/____/____ Data fine corso ____/____/____ Anno di frequenza <input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3°	= punti
II – Titoli di servizio	
- Attività di assistenza primaria convenzionata , a tempo indeterminato, determinato, o svolta in qualità di associato fuori Regione Basilicata : (0,20 punti per mese di attività)	Totale mesi x 0,20
ASL _____ distretto _____ dal ____/____/____ al ____/____/____	p. _____
ASL _____ distretto _____ dal ____/____/____ al ____/____/____	
ASL _____ distretto _____ dal ____/____/____ al ____/____/____	
ASL _____ distretto _____ dal ____/____/____ al ____/____/____	
ASL _____ distretto _____ dal ____/____/____ al ____/____/____	
ASL _____ distretto _____ dal ____/____/____ al ____/____/____	
ASL _____ distretto _____ dal ____/____/____ al ____/____/____	
ASL _____ distretto _____ dal ____/____/____ al ____/____/____	
ASL _____ distretto _____ dal ____/____/____ al ____/____/____	
ASL _____ distretto _____ dal ____/____/____ al ____/____/____	

<p>- Stessa attività di cui al punto precedente prestata nell'ambito della Regione Basilicata: (0,30 punti per mese di attività)</p> <p>ASL _____ distretto _____ dal ___/___/___ al ___/___/___</p> <p>ASL _____ distretto _____ dal ___/___/___ al ___/___/___</p> <p>ASL _____ distretto _____ dal ___/___/___ al ___/___/___</p> <p>ASL _____ distretto _____ dal ___/___/___ al ___/___/___</p> <p>ASL _____ distretto _____ dal ___/___/___ al ___/___/___</p> <p>ASL _____ distretto _____ dal ___/___/___ al ___/___/___</p> <p>ASL _____ distretto _____ dal ___/___/___ al ___/___/___</p>	<p>Totale mesi x 0,30</p> <p>p. _____</p>
<p>- Attività di sostituzione del medico di assistenza primaria convenzionato, (svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi):</p> <p>ASL _____ distretto _____ medico* _____ dal ___/___/___ al ___/___/___</p> <p>ASL _____ distretto _____ medico* _____ dal ___/___/___ al ___/___/___</p> <p>ASL _____ distretto _____ medico* _____ dal ___/___/___ al ___/___/___</p> <p>ASL _____ distretto _____ medico* _____ dal ___/___/___ al ___/___/___</p> <p>ASL _____ distretto _____ medico* _____ dal ___/___/___ al ___/___/___</p> <p>ASL _____ distretto _____ medico* _____ dal ___/___/___ al ___/___/___</p> <p>ASL _____ distretto _____ medico* _____ dal ___/___/___ al ___/___/___</p> <p>ASL _____ distretto _____ medico* _____ dal ___/___/___ al ___/___/___</p> <p>ASL _____ distretto _____ medico* _____ dal ___/___/___ al ___/___/___</p> <p>ASL _____ distretto _____ medico* _____ dal ___/___/___ al ___/___/___</p> <p><i>* inserire il nome del medico sostituito</i></p>	<p>Totale mesi x 0,20</p> <p>p. _____</p>
<p>- 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. 37 sono valutate con gli stessi criteri di cui al Titolo II, lett. c): (0,20 punti per mese di attività)</p> <p>ASL _____ distretto _____ medico* _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____</p> <p>ASL _____ distretto _____ medico* _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____</p> <p>ASL _____ distretto _____ medico* _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____</p> <p>ASL _____ distretto _____ medico* _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____</p> <p>ASL _____ distretto _____ medico* _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____</p> <p>ASL _____ distretto _____ medico* _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____</p> <p><i>Le sostituzioni sono valutabili solo se effettuate a medico di medicina generale con più di 100 utenti e a medico pediatria con almeno 70 utenti.</i></p>	<p>Totale mesi x 0,20</p> <p>p. _____</p>
<p>-Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione di continuità assistenziale: (0,20 punti per mese, ragguagliato a 96 ore di attività)</p> <p>Servizio a tempo _____ Anno _____</p> <p>Gennaio dal ___ al ___ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Febbraio dal ___ al ___ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Marzo dal ___ al ___ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Aprile dal ___ al ___ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Maggio dal ___ al ___ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Giugno dal ___ al ___ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Luglio dal ___ al ___ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Agosto dal ___ al ___ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Settembre dal ___ al ___ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Ottobre dal ___ al ___ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Novembre dal ___ al ___ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Dicembre dal ___ al ___ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>N.B. indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio.</p>	<p>Totale mesi x 0,20</p> <p>p. _____</p>

<p>- Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o di sostituzione nella medicina dei servizi: (0,20 punti per mese, ragguagliato a 96 ore di attività)</p> <p>Servizio a tempo _____ Anno _____</p> <p>Gennaio dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Febbraio dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Marzo dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Aprile dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Maggio dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Giugno dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Luglio dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Agosto dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Settembre dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Ottobre dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Novembre dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Dicembre dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>N.B. indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio. Il servizio di che trattasi è solo quello svolto con incarico conferito ai sensi dell'ACN</p>	<p>Totale mesi x 0,20</p> <p>p. _____</p>
<p>- Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato determinato o di sostituzione nella emergenza sanitaria territoriale: (0,20 punti per mese)</p> <p>Servizio a tempo _____ Anno _____</p> <p>Gennaio dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Febbraio dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Marzo dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Aprile dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Maggio dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Giugno dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Luglio dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Agosto dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Settembre dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Ottobre dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Novembre dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Dicembre dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>N.B. indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio. Il servizio di che trattasi è solo quello svolto con incarico conferito ai sensi dell'ACN per la Medicina Generale</p>	<p>Totale mesi x 0,20</p> <p>p. _____</p>
<p>- Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate: (per ogni mese di attività corrispondente a 52 ore)</p> <p>Servizio a tempo _____ Anno _____</p> <p>Gennaio dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Febbraio dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Marzo dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Aprile dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Maggio dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Giugno dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Luglio dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Agosto dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Settembre dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Ottobre dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Novembre dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Dicembre dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>N.B. indicare i riferimenti normativi a base dell'attività.</p>	<p>Totale mesi x 0,10</p> <p>p. _____</p>

<p>- Attività programmata nei servizi territoriali di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale in forma di reperibilità ai sensi del presente accordo: (0,05 punti per mese, ragguaglio a 96 ore di attività)</p> <p style="text-align: right;">Anno _____</p> <p>Gennaio dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Febbraio dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Marzo dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Aprile dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Maggio dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Giugno dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Luglio dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Agosto dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Settembre dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Ottobre dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Novembre dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>Dicembre dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto _____</p> <p>N.B. indicare i riferimenti normativi a base dell'attività.</p>	<p>Totale mesi x 0,05</p> <p>p.</p> <p>_____</p>
<p>- Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende: (0,20 punti per mese)</p> <p>ASL _____ distretto _____ dal ____/____/____ al ____/____/____</p> <p>ASL _____ distretto _____ dal ____/____/____ al ____/____/____</p> <p>ASL _____ distretto _____ dal ____/____/____ al ____/____/____</p> <p>ASL _____ distretto _____ dal ____/____/____ al ____/____/____</p> <p>ASL _____ distretto _____ dal ____/____/____ al ____/____/____</p> <p>ASL _____ distretto _____ dal ____/____/____ al ____/____/____</p>	<p>Totale mesi x 0,20</p> <p>p.</p> <p>_____</p>
<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: (0,10 punti per mese per un massimo di 12 mesi)</p> <p>dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____</p>	<p>Totale m. x 0,10 = p.</p>
<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 limitatamente al periodo di concomitanza(*): (punti 0,20 per mese)</p> <p>dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____</p> <p><i>(*) occorre presentare copia dei provvedimenti di incarico e di cessazione dal servizio.</i></p>	<p>Totale Mesi x 0,20</p> <p>= p.</p>
<p>- Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto dopo la laurea in medicina e chirurgia (*): (punti 0,10 per mese, per un massimo di 12 mesi)</p> <p>dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____</p> <p><i>(*) occorre presentare copia dei provvedimenti di incarico e di cessazione dal servizio.</i></p>	<p>Totale Mesi x 0,10</p> <p>= p.</p>
<p>- Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto in concomitanza di incarico ai sensi del presente Accordo(*): (punti 0,20 per mese, per un massimo di 12 mesi)</p> <p>dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____</p> <p><i>(*) occorre presentare copia dei provvedimenti di incarico e di cessazione dal servizio.</i></p>	<p>Totale Mesi x 0,20</p> <p>= p.</p>
<p>- Attività come 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 (*): (0,10 punti per mese di attività)</p> <p>ASL _____ distretto _____ medico* _____ dal ____/____/____ al ____/____/____</p> <p>ASL _____ distretto _____ medico* _____ dal ____/____/____ al ____/____/____</p> <p>ASL _____ distretto _____ medico* _____ dal ____/____/____ al ____/____/____</p> <p>ASL _____ distretto _____ medico* _____ dal ____/____/____ al ____/____/____</p> <p><i>* Inserire il nome del medico sostituito</i></p>	<p>Totale mesi x 0,10</p> <p>p.</p> <p>_____</p>

<p>- 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: (0,05 punti per mese di attività)</p> <p>dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____</p>	<p>Totale mesi x 0,05</p> <p>p. _____</p>
<p>- Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria nelle carceri, sia a tempo indeterminato che di sostituzione e di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo: (0,20 punti per mese di attività)</p> <p>dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____</p>	<p>Totale mesi x 0,20</p> <p>p. _____</p>
<p>- Servizio prestato presso aziende termali, (Legge 24 ottobre 2000 n.323 art.8) equiparato all'attività di continuità assistenziale *** (0,20 punti per ogni mese complessivo di attività)</p> <p>dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____</p> <p>*** 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 settimanali.</p>	<p>Totale mesi x 0,20</p> <p>p. _____</p>
<p>- 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**** (0,20 punti per ciascun mese complessivo)</p> <p>dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____</p> <p>**** 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. 112/98) è necessario allegare copia di detto provvedimento.</p>	<p>Totale mesi x 0,20</p> <p>p. _____</p>
<p>- Decreto Legislativo n. 151/2001 art.22 – commi 3 e 5 - "Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell'art. 15 della Legge n. 53/2000". Astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio durante il periodo di incarico nell'area della medicina generale (fino a un massimo di mesi cinque per ogni evento). (0,20 punti per mese di attività)</p> <p>dal ___/___/___ al ___/___/___ dal ___/___/___ al ___/___/___</p>	
<p>Data _____ * firma per esteso _____</p> <p>* Ai sensi dell'art.38, comma 3, D.P.R. 445/2000 la firma non è soggetta ad autenticazione se inviata unitamente alla fotocopia, ancorché non autenticata, di un proprio documento di identità in corso di validità.</p>	

AVVERTENZE DA OSSERVARE PER LA PRESENTAZIONE DELLE ISTANZE

- La mancata sottoscrizione della domanda comporta **l'esclusione dalla graduatoria**.
- La mancata autocertificazione dell'iscrizione all'Ordine dei Medici comporta **l'esclusione dalla graduatoria**.
- **La sottoscrizione delle dichiarazioni sostitutive non corredate dal documento di riconoscimento, in corso di validità, comporta l'esclusione dalla graduatoria.**
- Ai fini dell'attribuzione del relativo punteggio, le dichiarazioni sostitutive allegate devono essere tali da poterne consentire la valutazione e non si terrà conto di quelle dalle quali non è possibile dedurre i dati di valutazione o altre informazioni utili ai fini degli accertamenti di cui al DPR 445/2000 e s.m.i..
- Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive, a fini collaborativi, si chiede di allegare una copia fotostatica della documentazione relativa alle autocertificazioni.
- Ai sensi del D.Lgs 30.6.2003 n.196 <Codice in materia di protezione dei dati personali> Il trattamento dei dati personali che l'amministrazione regionale acquisisce è diretto esclusivamente all'espletamento della formazione della graduatoria regionale di medicina generale.