

Prot. P1B/53RE



REGIONE
LAZIO

Dipartimento Sociale

Direzione Risorse Umane e Finanziarie del Servizio Sanitario Regionale
Area Risorse Umane del S.S.R. e Formazione

Prot. n° *14788/1* /D4/43/01

del

10 12 2009

ORDINI PROVINCIALI
DEI MEDICI CHIRURGHI
DEL LAZIO
LORO SEDI

ALLE OO. SS.
DI CATEGORIA
LORO SEDI

URP REGIONE LAZIO
SEDE

OGGETTO : Modello domanda graduatorie di settore della medicina generale.

In allegato alla presente si trasmette il nuovo modello predisposto dalla scrivente Area per la presentazione della domanda di inserimento nelle graduatorie di settore della medicina generale.

Si rammenta che la domanda deve essere presentata entro il 31 gennaio di ogni anno

Si invitano i destinatari della presente a darne la massima diffusione.

IL DIRIGENTE DELL'AREA
(Dr.ssa Maria Chiara Coletti)

Maria Chiara Coletti

Il responsabile
del procedimento
Dr.ssa Paola Biagi
06 5168 0260
Paola Biagi
pbiagi@regione.lazio.it

09/12/09

GRADUATORIE REGIONALI DI SETTORE DELLA MEDICINA GENERALE

ANNO _____

Alla Regione Lazio – Dipartimento Sociale
 Direzione Risorse Umane e Finanziarie del S.S.R.
 Area Risorse Umane del S.S.R. e Formazione
 Area D4/43/01
 Via Rosa Raimondi Garibaldi, 7 – 00145 Roma

 PRIMO INSERIMENTO
 INTEGRAZIONE TITOLI

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ prov. _____

Il _____ sesso: M I I F I I codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo: _____ n. _____

CAP _____ tel. _____ AUSLresidenza _____

Indirizzo e-mail _____ secondo quanto

previsto dall'art. 15 dell' accordo collettivo nazionale per la medicina generale vigente dal 29/07/2009,

chiede

l'inserimento/l'integrazione titoli nelle graduatorie regionali di medicina generale, a valere per l'anno _____, relative alle attività nel settore di (barrare una o più caselle):

- | | |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> assistenza primaria | <input type="checkbox"/> emergenza sanitaria territoriale |
| <input type="checkbox"/> continuità assistenziale | <input type="checkbox"/> medicina dei servizi territoriali |

A tal fine dichiara

di essere/non essere titolare a tempo indeterminato di incarico disciplinato dal vigente A.C.N., in caso **affermativo** specificare il tipo di incarico _____ (*)

() Art.15, comma 11, ACN: "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:

- n. _____ dichiarazioni sostitutive di certificazione ;
- n. _____ dichiarazioni sostitutive dell'atto notorio;
- n. _____ certificati (in originale o copia autenticata)
- n. _____ fotocopia documento di identità

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

- la propria residenza; il domicilio sotto indicato:

c/o _____ CAP _____ Comune di _____

Via _____ n° _____

Data _____ firma per esteso _____

Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(art. 46 DPR n. 445 del 28/12/2000)

ALLEGATO A

Il sottoscritto Dott. _____

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

dichiara di essere in possesso di:

A3) Diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università di _____			
in data _____ con voto:			
<input type="checkbox"/>	110/110		
<input type="checkbox"/>	110/110 e lode		Punti 1,00
<input type="checkbox"/>	100/100		
<input type="checkbox"/>	100/100 e lode		
<input type="checkbox"/>	105/110 a 109/110	Voto _____/110	Punti 0,50
<input type="checkbox"/>	95/100 a 99/100	Voto _____/100	
<input type="checkbox"/>	100/110 a 104/110	Voto _____/110	Punti 0,30
<input type="checkbox"/>	90/100 a 94/100	Voto _____/100	
Ablitazione all'esercizio professionale conseguita presso l'Università di _____ in			
data _____			
Iscrizione all'Ordine dei medici di _____			
dal _____			
A4) Specializzazione o libera docenza in <u>medicina generale</u> o disciplina equipollente ai sensi del D.M. 10.3.83 tab. B:			
specializzazione in _____	data _____		(punti 2,00)
specializzazione in _____	data _____		
A5) Specializzazione o libera docenza nelle discipline <u>affini alla medicina generale</u> , ai sensi del D.M. 10.3.83 tab. B:			
specializzazione in _____	data _____		(punti 0,50)
specializzazione in _____	data _____		
A7) 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)			
conseguito il _____ presso: _____			
specificare data di inizio e data di conclusione del corso di formazione:			
data inizio corso _____	data fine corso _____		

(N.B. Si invitano i medici che presentano la domanda di primo inserimento, ad allegare una copia dei titoli accademici e di studio)

Data _____

Firma del dichiarante _____

(non soggetta ad autenticazione)

AVVERTENZE GENERALI.

I medici che aspirano ad essere inseriti nella graduatoria devono possedere, alla data di scadenza dei termini per la presentazione della domanda, i seguenti requisiti:

- diploma di laurea in medicina e chirurgia;
- iscrizione all'Albo professionale;
- possesso dell'attestato di formazione in medicina generale o titolo equipollente di cui ai Dlgs. 256/91, 368/1999 e 277/03 (abilitazione all'esercizio professionale conseguita entro il 31 dicembre 1994).

La domanda, deve essere spedita con Raccomandata A.R. entro il 31 gennaio all'Assessorato alla Sanità della Regione Lazio (a tal fine fa fede il timbro postale). La mancata sottoscrizione della domanda o della dichiarazione sostitutiva, la spedizione o consegna oltre il termine del 31 gennaio comportano l'esclusione dalla graduatoria.

La domanda e le dichiarazioni sostitutive devono essere compilate in modo leggibile. L'omissione o l'incompletezza dei dati potranno comportare la non attribuzione dei relativi punteggi.

Alla domanda e alla dichiarazione sostitutiva deve essere allegata la fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

I medici che presentano domanda per la prima volta devono barrare la voce "primo inserimento"; tutti gli altri devono barrare la voce "integrazione titoli".

I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato per una o più attività di medicina generale, non possono fare domanda di inserimento nella relativa graduatoria di settore (Art. 15, comma 11, ACN vigente dal 29/7/2009).

ATTENZIONE il medico già iscritto nelle graduatorie regionali di settore deve presentare, per l'anno in corso, con la domanda integrativa, **l'autocertificazione dell'iscrizione all'albo professionale e soltanto gli ulteriori titoli acquisiti nel corso dell'ultimo anno, o eventuali titoli mai presentati nelle precedenti domande.** Per eventuali informazioni è possibile rivolgersi ai seguenti numeri telefonici: 06/5168/5762 – 5475 – 3184.

I titoli accademici, di studio e di servizio possono essere prodotti in originale o copia autenticata ai sensi di legge, ovvero:

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

Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità della dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio (Allegato B) il medico può trasmettere una copia fotostatica, anche non autenticata, dei certificati di servizio di cui sia già in possesso.

Ai fini della graduatoria sono valutabili solo i titoli di servizio posseduti alla data del 31 dicembre dell'anno precedente

L'Amministrazione regionale si riserva di effettuare, in qualsiasi momento, specifici controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rilasciate in attuazione delle disposizioni vigenti in materia.

Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere.

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(art. 47 DPR n. 445 del 28/12/2000)

ALLEGATO B

TITOLI DI SERVIZIO ED ATTIVITÀ SVOLTA

Io sottoscritt_ Dott. _____

cognome

nome

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000, **dichiara di essere in possesso dei seguenti titoli di servizio:**

Note per la compilazione:

Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità della dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio, il medico può trasmettere una copia fotostatica, anche non autenticata, dei certificati di servizio di cui sia già in possesso.

B8) Attività di assistenza primaria convenzionata, sia a tempo indeterminato che determinato, o svolta in qualità di associato nell'ambito della Regione Lazio: (punti 0,30 per mese di attività)

dal _____ al _____ ASL _____

dal _____ al _____ ASL _____

dal _____ al _____ ASL _____

B7) Attività di assistenza primaria convenzionata, sia a tempo indeterminato che determinato, o svolta in qualità di associato in un'altra regione: (punti 0,20 per mese di attività)

dal _____ al _____ ASL _____

dal _____ al _____ ASL _____

dal _____ al _____ ASL _____

B9) 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: (punti 0,20 per mese di attività)

dal _____ al _____ ASL/medico _____

dal _____ al _____ ASL/medico _____

dal _____ al _____ ASL/medico _____

dal _____ al _____ ASL/medico _____

dal _____ al _____ ASL/medico _____

dal _____ al _____ ASL/medico _____

B9bis) Stessa attività di cui al punto precedente dovuta ad attività sindacale 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):

(punti 0,20 per mese di attività)

dal _____ al _____ ore _____ ASL/medico _____

dal _____ al _____ ore _____ ASL/medico _____

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

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

BARRARE LA CASELLA CORRISPONDENTE ALLA TIPOLOGIA DI INCARICO EFFETTUATO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BARRARE LA CASELLA CORRISPONDENTE ALLA TIPOLOGIA DI INCARICO EFFETTUATO

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

B6) Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate:

(punti 0,10 per mese di attività, ragguagliato a 52 h. di attività)

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

B11c) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o determinato o di sostituzione nella emergenza sanitaria territoriale:

(punti 0,20 per mese di attività)

BARRARE LA CASELLA CORRISPONDENTE ALLA TIPOLOGIA DI INCARICO EFFETTUATO

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

B12) Attività programmata nei servizi territoriali di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale in forma di reperibilità, ai sensi del presente Accordo:

(punti 0,05 per mese di attività ragguagliato a 96 h. di attività)

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

B13) Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende: (punti 0,20 per mese di attività)

dal _____ al _____ ASL _____

dal _____ al _____ ASL _____

dal _____ al _____ ASL _____

B10) Attività, anche in forma di sostituzione, di medico pediatria di libera scelta, se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi: (punti 0,10 per mese di attività)

dal _____ al _____ ASL/medico _____

dal _____ al _____ ASL/medico _____

dal _____ al _____ ASL/medico _____

dal _____ al _____ ASL/medico _____

B17) Servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina, anche in qualità di ufficiale medico di complemento: (punti 0,10 per mese di attività per un massimo di 12 mesi)

dal _____ al _____ presso _____

B18) Servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina, anche in 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)

dal _____ al _____ presso _____

B16) Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina (*): (punti 0,10 per mese di attività per un massimo di 12 mesi)

dal _____ al _____ presso _____

dal _____ al _____ presso _____

() occorre presentare idonea documentazione*

B21) Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto in concomitanza di incarico conferito dalla Azienda ai sensi del presente Accordo (*): (punti 0,20 per mese di attività per un massimo di 12 mesi)

dal _____ al _____ presso _____

dal _____ al _____ presso _____

() occorre presentare idonea documentazione*

B19) Attività come medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna, e medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici, medico generico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato con il Ministero della Sanità per il servizio di assistenza ai naviganti: (punti 0,05 per mese di attività)

dal _____ al _____ presso _____

dal _____ al _____ presso _____

dal _____ al _____ presso _____

B14) 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 (*):

(punti 0,20 per mese di attività)

dal _____ al _____ presso _____

dal _____ al _____ presso _____

(*): occorre presentare idonea documentazione. Indicare, al punto B14, anche l'attività di medico di polizia.

B15) Servizio prestato presso Aziende termali (Legge 24 ottobre 2000 n. 323 art. 8), equiparato all'attività di continuità assistenziale (*):

(punti 0,20 per mese di attività)

dal _____ al _____ presso _____

dal _____ al _____ presso _____

dal _____ al _____ presso _____

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

B20) Servizio effettivo 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 ed integrazioni e del D.M. 1 settembre 1988 n. 430 (*):

(punti 0,20 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, decreto legislativo 112/1998) è necessario allegare copia di detto provvedimento.

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Data _____ Firma del dichiarante(2) _____

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

(2) La dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato e inviata insieme alla fotocopia di un documento d'identità del dichiarante.

Informativa resa all'interessato per il trattamento di 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;
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. L'interessato può esercitare i diritti riconosciuti dall'art. 7 del sopracitato Decreto Legislativo.