

Allegato A.

**DOMANDA DI PRIMO INSERIMENTO NELLE GRADUATORIE
REGIONALI DELLA MEDICINA GENERALE**

RACCOMANDATA

All'Assessore alla Sanità
Regione _____

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 _____,

FA DOMANDA

di inserimento, secondo quanto previsto dall'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale ex art. 8 del D.L.vo 30.12.92, n. 502, e successive modificazioni, nella graduatoria regionale per la medicina generale, a valere per l'anno ____, relativa all'attività nel settore di:

- a) Assistenza Primaria;
- b) Continuità Assistenziale;
- c) Emergenza Sanitaria Territoriale, ove presente;
- d) Medicina dei servizi territoriali, ove presente.

A tal fine acclude alla presente la seguente documentazione:

- a) certificato di iscrizione all'ordine dei Medici della provincia di _____ rilasciato il _____ (Vedi nota)
- b) Attestato di formazione specifica in Medicina generale;
- c) Autocertificazione di titolo equipollente;
- d) n. ____ documenti relativi ai titoli in suo possesso - valutabili ai fini della graduatoria predetta - e specificati nel prospetto interno.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

- ☐ la propria residenza
- ☐ il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ provincia ____
indirizzo _____ n. _____ CAP _____

Data _____ firma per esteso _____

AVVERTENZE IMPORTANTI

L'attestazione dell'Ordine dei Medici deve avere la data di rilascio non antecedente a 6 mesi dalla data di presentazione della domanda. La mancata presentazione di questo documento o la sua incompletezza comporta l'esclusione dalla graduatoria.

I documenti comprovanti il possesso dei titoli dichiarati devono essere in regola con le norme sull'imposta di bollo e le disposizioni di legge vigenti.

Ai fini della attribuzione del relativo punteggio, la documentazione allegata deve essere tale da poterne consentire la valutazione e non si terrà conto di quella dalla quale non è possibile dedurre i dati di valutazione o di quella mancante rispetto a quanto dichiarato dal medico.

**DOMANDA ANNUALE DI INTEGRAZIONE TITOLI PER LE GRADUATORIE
REGIONALI DI SETTORE DELLA MEDICINA GENERALE**

RACCOMANDATA

All'Assessorato alla Sanità
Regione _____

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,

secondo quanto previsto dall'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale ex art. 8 del D.L.vo 30.12.92, n. 502, l'aggiornamento del punteggio relativo ai propri titoli nella graduatoria regionale di medicina generale, a valere per l'anno ____, relativamente all'attività nel settore di:

- a) Assistenza Primaria;
- b) Continuità Assistenziale;
- c) Emergenza Sanitaria Territoriale, ove presenti;
- d) Medicina dei servizi territoriale, ove presenti

A tal fine acclude alla presente la seguente documentazione:

Autocertificazione di iscrizione all'ordine dei Medici della provincia di _____ .

n. ____ Documenti relativi ai titoli in suo possesso - valutabili ai fini della graduatoria predetta - e specificati nel prospetto interno.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso (solo se variata rispetto alla precedente domanda):

c/o _____ Comune _____ provincia ____
indirizzo _____ n. _____ CAP _____

Data _____ firma per esteso _____

AVVERTENZE IMPORTANTI

I documenti comprovanti il possesso dei titoli dichiarati devono essere in regola con le norme sull'imposta di bollo e le disposizioni di legge vigenti.

Ai fini della attribuzione del relativo punteggio, la documentazione allegata deve essere tale da poterne consentire la valutazione e non si terrà conto di quella dalla quale non è possibile dedurre i dati di valutazione o di quella mancante rispetto a quanto dichiarato dal medico.

TITOLI ED ATTIVITÀ SVOLTA

	PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO	
<i>I Titoli accademici o di studio</i>		
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.L.vo n. 256/91 e alla Legge 277/2003 (punti 7,20) dal _____ al _____	= punti	
<i>II Titoli di servizio</i>	Punteggi Stessa Regione	Punteggi Altra Regione
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. _____
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. _____	
Stessa attività di cui al punto precedente dovuta ad attività sindacale e sostituzioni d'ufficio anche se di durata inferiore a 5 gg. (3). 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. _____	
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. _____	

	PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO	
<p>Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o di sostituzione nella medicina dei servizi (per mese, ragguagliato a 96 ore di attività)</p> <p>U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</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</p> <p>U.S.L. _____ dal _____ al _____</p> <p>U.S.L. _____ dal _____ al _____</p> <p>U.S.L. _____ dal _____ al _____</p> <p>U.S.L. _____ dal _____ al _____</p> <p>U.S.L. _____ dal _____ al _____</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>U.S.L. _____ dal _____ al _____</p> <p>U.S.L. _____ dal _____ al _____</p> <p>U.S.L. _____ dal _____ al _____</p> <p>U.S.L. _____ dal _____ al _____</p> <p>U.S.L. _____ dal _____ al _____</p>	<p>(*)</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 (per mese, ragguagliato a 96 ore di attività)</p> <p>U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p>	<p>(*)</p> <p>Totale Mesi X 0,05.</p> <p>p. _____</p>	
<p>Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende: (per mese)</p> <p>U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p>	<p>(*)</p> <p>Totale Mesi X 0,20.</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 (per mese per un massimo di 12 mesi)</p> <p>dal _____ al _____</p>	<p>(*)</p> <p>Totale Mesi X 0,10.</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, ed in concomitanza di incarico, anche provvisorio, di medicina generale e limitatamente al periodo di concomitanza. (per mese)</p> <p>dal _____ al _____</p>	<p>(*)</p> <p>Totale Mesi X 0,20.</p> <p>p. _____</p>	

	PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO	
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) dal _____ al _____	(*) 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) dal _____ al _____	(*) Totale Mesi X 0,20. 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 (per mese di attività). dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	Totale Mesi X 0,10. 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) dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	(*) Totale Mesi X 0,05. 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 per ogni mese di attività: dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	(*) Totale Mesi X 0,20. p. _____	
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: dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	(*) Totale Mesi X 0,20. 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: per ciascun mese complessivo dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	(*) Totale Mesi X 0,20. p. _____	
_____ firma del medico	Totale punteggio complessivo _____	

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

N.B.: Le sostituzioni sono valutabili solo se effettuate a medico di medicina generale con più di 100 utenti, e a medico pediatra con almeno 70 utenti. Tali indicazioni devono essere espressamente dichiarate nel certificato rilasciato dall'Ente interessato.

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 a 104 o da 90 a 94 (punti 0,30) - voto _____/110 (Punti 0.30) – voto _____/100 conseguito con voto 110/110 e lode o 100/100 e lode: p. 1,00 b) diploma di laurea conseguito con voti da 105/110 a 109/110 o da 95/100 a 99/100: p. 0,50	= punti	
Diploma di laurea conseguito con voti da 105 a 109 o da 95 a 99 (punti 0,50) - voto _____/110 (punti 0,50) - voto _____/110	= punti	
Diploma di laurea conseguito con voti 110/110 e lode (punti 1,00) - voto _____/110	= 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
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. _____
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 _____	Totale Mesi X 0,20.	

	PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO	
dal _____ al _____ dal _____ al _____	p. _____	
Stessa attività di cui al punto precedente dovuta ad attività sindacale e sostituzioni d'ufficio anche se di durata inferiore a 5 gg. (3). 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. _____	
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. _____
Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o di sostituzione nella medicina dei servizi (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. _____	
Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione nella emergenza sanitaria territoriale 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. p. _____	
Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate: per ogni mese di attività corrispondente a 52 ore: 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 0,10. 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) U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____	(*) Totale Mesi X 0,05. p. _____	

	PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO	
Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende: (per mese) 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. _____	
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) dal _____ al _____	(*) 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) dal _____ al _____	(*) 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) dal _____ al _____	(*) 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) dal _____ al _____	(*) Totale Mesi X 0,20. 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 (per mese di attività). dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	Totale Mesi X 0,10. 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) dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	(*) Totale Mesi X 0,05. 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 per ogni mese di attività: dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	(*) Totale Mesi X 0,20. p. _____	
Servizio prestato presso aziende termali, (Legge 24 ottobre 2000 n.323 art.8), equiparato all'attività di continuità assistenziale, per ogni mese complessivo di	(*)	

	PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO	
attività:	Totale Mesi X 0,20.	
dal _____ al _____		
dal _____ al _____		
dal _____ al _____	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: per ciascun mese complessivo	(*) Totale Mesi X 0,20.	
dal _____ al _____		
dal _____ al _____		
dal _____ al _____	p. _____	
_____ firma del medico	Totale punteggio complessivo _____	

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

N.B.: Le sostituzioni sono valutabili solo se effettuate a medico di medicina generale con più di 100 utenti, e a medico pediatra con almeno 70 utenti. Tali indicazioni devono essere espressamente dichiarate nel certificato rilasciato dall'Ente interessato.

SCHEDA DI ACCESSO IN OSPEDALE

Caro collega,

invio in ospedale .l. paziente signor

1) Motivo del ricovero

2) Accertamenti eventualmente effettuati e terapia praticata in atto

.....

3) Dati estratti dalla scheda sanitaria

.....

Sono disponibile, previo contatto telefonico, ad ulteriori consultazioni durante il periodo di ricovero.

Ti segnalo l'opportunità che al termine del ricovero mi sia cortesemente inviata una esauriente relazione clinica.

....., Li

Dott. _____

Recapito telefonico: _____

INPS **CERTIFICATO DI DIAGNOSI PER INDENNITÀ DI MALATTIA**
(art. 2 D.L. 663/1979 e art. 15 L. 155/1981)

Da recapitare o trasmettere con raccomandata A.R. a cura del lavoratore all'INPS competente per residenza del lavoratore stesso, entro due giorni dal rilascio.

PER L'INPS SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

RISERVATO AL MEDICO

COGNOME E NOME DEL LAVORATORE (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE)

PROGNOSI CLINICA A TUTTO IL GIORNO MESE ANNO

DICHIARA DI ESSERE AMMALATO DAL GIORNO MESE ANNO

TURNI

DATA RILASCIO CERTIFICATO GIORNO MESE ANNO

INIZIO CONTINUAZIONE RICADUTA

COD. NOSOLOGICO

DIAGNOSI

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

RISERVATO ALL'INPS

CONTROLLO AMBULATORIALE CONTROLLO DOMICILIARE

RESPONSABILITÀ TERZO INFORTUNIO MAL. PROF. T.B.C. ANOMALIA

DATA

IL MEDICO

RISERVATO AL LAVORATORE

REPERIBILITÀ DURANTE LA MALATTIA
(DATI DA INDICARE SOLO SE DIVERSI DA QUELLI DI RESIDENZA RIPORTATI SUL RETRO)

INDIRIZZO (CIVIL, PIAZZA, REGIONE, N.°)

C.A.P. COMUNE PROV.

DATI ANAGRAFICI (DA COMPILARE SEMPRE)

COGNOME (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE)

NOME

DATA NASCITA GIORNO MESE ANNO

COMUNE NASCITA O STATO ESTERO

CODICE FISCALE

SESSO M o F

PROV.

Segue sul retro

Mod. OP4/1 (2/1980) ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - ROMA - c. 20.000.000 - luglio 2000

INPS **ATTESTATO DI MALATTIA**
(art. 2 D.L. 663/1979 e art. 15 L. 155/1981)

Da recapitare o trasmettere con raccomandata A.R. a cura del lavoratore al datore di lavoro, entro due giorni dal rilascio.

PER IL DATORE DI LAVORO SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

RISERVATO AL MEDICO

COGNOME E NOME DEL LAVORATORE (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE)

PROGNOSI CLINICA A TUTTO IL GIORNO MESE ANNO

DICHIARA DI ESSERE AMMALATO DAL GIORNO MESE ANNO

TURNI

DATA RILASCIO CERTIFICATO GIORNO MESE ANNO

INIZIO CONTINUAZIONE RICADUTA

RISERVATO AL DATORE DI LAVORO

DATA DI SPEDIZIONE O PRESENTAZIONE DEL CERTIFICATO

RISERVATO AL LAVORATORE

REPERIBILITÀ DURANTE LA MALATTIA
(DATI DA INDICARE SOLO SE DIVERSI DA QUELLI DI RESIDENZA)

INDIRIZZO (CIVIL, PIAZZA, REGIONE, N.°)

C.A.P. COMUNE PROV.

DATI ANAGRAFICI (DA COMPILARE SEMPRE)

COGNOME (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE)

NOME

DATA NASCITA GIORNO MESE ANNO

COMUNE NASCITA O STATO ESTERO

CODICE FISCALE

SESSO M o F

PROV.

Mod. OP4/2 (2/1980) ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - ROMA - c. 20.000.000 - luglio 2000

**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 valida per il periodo:

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 sul Bollettino Ufficiale della Regione_____;

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. Titolare del trattamento dei dati è

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ il _____ residente in _____
Via/Piazza _____ n° _____
iscritto all'Albo dei _____ della Provincia di _____ ai
sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 dichiara formalmente di

1) essere - non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):

Soggetto _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

2) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte e con n° _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda _____

3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte

Periodo: dal _____

4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato interno: (2)

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

5) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)

Provincia _____ branca _____

Periodo: dal _____

6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n. 502/92:

Azienda _____ Via _____

Tipo di attività _____

Periodo: dal _____

7) essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione _____ o in altra regione (2):

Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____

in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

8) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:

Denominazione del corso _____

Soggetto pubblico che lo svolge _____

Inizio: dal _____

9) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni. (2)

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

10) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78: (2)

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

11) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81:

Azienda _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

12) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)

Azienda _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

13) avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2)

Periodo: dal _____

14) essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

15) fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo: dal _____

16) svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

Periodo: dal _____

17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato: (1) (2)

Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____

Tipo di attività _____

Periodo: dal _____

18) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7):

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro: _____

Periodo: dal _____

19) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (2)

Periodo: dal _____

20) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2)

soggetto erogante il trattamento pensionistico _____

Pensionato dal _____

NOTE: _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

Data _____ Firma _____

(1) - cancellare la parte che non interessa

(2) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE"



prot. 854/2011

Oggetto: correzioni errori materiali allegati AA.CC.NN.

Si provvede alla correzione degli errori materiali appresso elencati, riferiti agli allegati negoziali dei vigenti AA.CC.NN.:

Allegato L - ACN medicina generale 23/3/2005 e s.m.i.:

- dopo le parole "ai sensi e agli effetti" è riportata la dizione "dell'art. 4, legge 4 gennaio 1968, n° 15". Tale frase, in ragione dell'abrogazione esplicita intervenuta per il tramite dell'art. 77, D.Lgs. 28 dicembre 2000, n. 443 e dall'art. 77, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, va sostituita con la seguente "dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445";
- al punto 11) dopo le parole: "o di medico competente ai sensi" è riportata la dizione "della Legge 626/93". Tale frase, in ragione dell'abrogazione esplicita intervenuta per il tramite dell'art. 304, D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, con i limiti e la decorrenza ivi previsti, va sostituita con la seguente "del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81".

Allegato I - ACN pediatria di libera scelta 15/12/2005 e s.m.i.:

- dopo le parole "ai sensi e agli effetti" è riportata la dizione "dell'art.4, legge 4 gennaio 1968, n. 15". Tale frase, in ragione dell'abrogazione esplicita intervenuta per il tramite dell'art. 77, D.Lgs. 28 dicembre 2000, n. 443 e dall'art. 77, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, va sostituita con la seguente "dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445";
- al punto 2) dopo le parole "come medico di medicina generale ai sensi del" è riportata la dizione "D.P.R.". Tale frase è sostituita con la seguente "relativo Accordo Collettivo Nazionale";
- al punto 8) dopo le parole: "o di medico competente ai sensi" è riportata la dizione "della Legge 626/93". Tale frase, in ragione dell'abrogazione esplicita intervenuta per il tramite dell'art. 304, D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81, con i limiti e la decorrenza ivi previsti, va sostituita con la seguente "del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81".

Allegato B unificato - ACN specialistica, veterinaria e altre professionalità 23/3/2005 e s.m.i.:

- nella parte seconda del citato allegato, rubricata "autocertificazione informativa", dopo le parole "ai sensi e agli effetti" è riportata la dizione "della legge n.15/68 e successive modificazioni". Tale frase, in ragione dell'abrogazione esplicita intervenuta per il tramite dell'art. 77, D.Lgs. 28 dicembre 2000, n. 443 e dall'art. 77, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, va sostituita con la seguente "dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445".

Si ricorda che la procedura è stata eseguita in maniera diretta - previa acquisizione del parere delle OO.SS. interessate - in quanto gli allegati negoziali non sono vincolati alla formalità prevista dalle norme di regolamentazione della contrattazione.

Il Coordinatore
dott. Franco Rossi

Data di pubblicazione 17/10/2011

ALLEGATO M

REGIONE _____	PROVINCIA _____	AZIENDA _____	SEDE _____
MEDICO _____	DATA _____	ORA D'INTERVENTO _____	
TIPO INTERVENTO Ambulatoriale <input type="checkbox"/> Domiciliare <input type="checkbox"/> Intervento in esterno <input type="checkbox"/>			
LOCALITA': _____			

RELAZIONE MEDICA

MOTIVI E CIRCOSTANZE

CONDIZIONI CLINICHE ALL'ARRIVO DEL MEDICO

P.A. _____	F.C. _____	F.R. _____	T.C. _____	HGT _____
Cute: Normale <input type="checkbox"/>	Pallida <input type="checkbox"/>	Itterica <input type="checkbox"/>	Cianotica <input type="checkbox"/>	Altro _____
Stato nutrizione ed idratazione _____		Diuresi _____		Alvo _____

SISTEMA NERVOSO	PUPILLE	Dx	Sx	APP. CARDIOCIRCOLATORIO
Indenne <input type="checkbox"/>	Normali <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Normale <input type="checkbox"/>
Coscienza obnubilata <input type="checkbox"/>	Miosi <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aritmia <input type="checkbox"/>
Perdita di coscienza <input type="checkbox"/>	Midriasi <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cianosi <input type="checkbox"/>
Stato di agitazione <input type="checkbox"/>	R. fotomotori <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Edemi <input type="checkbox"/>
Convulsioni <input type="checkbox"/>	Nistagmo <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ADDOME
Romberg <input type="checkbox"/>	APP. RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Murphy <input type="checkbox"/>
Rigor nuchalis <input type="checkbox"/>	Indenne <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blumberg <input type="checkbox"/>
Deficit motorio <input type="checkbox"/>	Rumori <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rovsing <input type="checkbox"/>
Deficit sensitivo <input type="checkbox"/>	Rumori secchi <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Giordano <input type="checkbox"/>
Deviazione dello sguardo <input type="checkbox"/>	Enfisema sottocutaneo <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ascite <input type="checkbox"/>

ALTRO _____

TERAPIA _____

ESITO INTERVENTO

Paziente: Rinvio/Mantenuto al domicilio <input type="checkbox"/>	Disposto ricovero <input type="checkbox"/>	Trasporto: Mezzo proprio <input type="checkbox"/>	118 <input type="checkbox"/>
L'INTERVENTO NON PRESENTAVA CARATTERE DI PRESTAZIONE NON DIFFERIBILE <input type="checkbox"/>			

GENERALITA' ASSISTITO

SESSO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	ETA' _____	CODICE FISCALE _____
COGNOME E NOME _____		
RESIDENZA: Via _____	Città _____	Provincia _____

FIRMA DELL' UTENTE

FIRMA DEL MEDICO

**MODULO RIEPILOGATIVO DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE
SINGOLE O MULTIPLE SOGGETTE AD AUTORIZZAZIONE**

REGIONE _____ Azienda n. _____ Dott. _____

Prestazioni autorizzate dalla Azienda ed eseguite in favore dell'assistito:

Sig. _____

via _____ città _____ Cod. Reg. _____

Tipo di prestazione effettuata: _____

n. progr.	Data di esecuzione	Firma dell'assistito
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

Data _____

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA
PRIMARIA
(PER GRADUATORIA)**

RACCOMANDATA

All'Assessorato alla Sanità della
Regione _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
Prov. ____ il _____ M ____ F ____ Codice Fiscale _____
Residente a _____ prov. _____
Via _____ n. _____ CAP _____ tel. _____
a far data dal _____ Azienda U.S.L. di residenza _____
e residente nel territorio della Regione _____ dal _____
inserito nella graduatoria regionale di settore di cui all'articolo 15 dell'Accordo Collettivo
Nazionale per la Medicina generale, laureato dal _____, con voto _____,

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'articolo 34, comma 2, lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione _____ n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'articolo 16, commi 7 e 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale, di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato (*barrare una sola casella; in caso di barratura di entrambe le caselle o mancata indicazione della riserva prescelta, la domanda non potrà essere valutata*):

- a) riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 o 277/2003 (articolo 16, comma 7, lettera a.)
- b) riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (articolo 16, comma 7, lettera b.)

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- ☐ la propria residenza
- ☐ il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____

indirizzo _____ n. _____

Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.

Data _____ firma per esteso _____

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITÀ
ASSISTENZIALE
(PER GRADUATORIA)**

RACCOMANDATA

All'Assessorato alla Sanità della
Regione _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
Prov. ____ il _____ M ____ F ____ Codice Fiscale _____
Residente a _____ prov. _____
Via _____ n. _____ CAP _____ tel. _____
A _____ far _____ data _____ dal _____ Azienda _____ U.S.L. _____ di _____ residenza _____
e residente nel territorio della Regione _____ dal _____

inserito nella graduatoria regionale di settore di cui all'articolo 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale, laureato dal _____, con voto _____,

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'articolo 63, comma 2, lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione _____ n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'articolo 16, comma 7 e comma 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale, di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato (*barrare una sola casella; in caso di barratura di entrambe le caselle o mancata indicazione della riserva prescelta, la domanda non potrà essere valutata*):

- a) riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 o 277/2003 (articolo 16, comma 7, lettera a.)
- b) riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (articolo 16, comma 7, lettera b).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- ☐ la propria residenza
- ☐ il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____
indirizzo _____ n. _____

Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.

Data _____ firma per esteso _____

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA
(PER TRASFERIMENTO)**

RACCOMANDATA

All'Assessorato alla Sanità della
Regione _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
Prov. ____ il _____ M ____ F ____ Codice Fiscale _____
Residente a _____ prov. _____
Via _____ n. _____ CAP _____ tel. _____
A far data dal _____ e residente nel territorio della Regione _____
dal _____, titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso la
Azienda Sanitaria Locale n. _____ di _____, per l'ambito
territoriale di _____ della Regione _____, dal
_____ e con anzianità complessiva di assistenza primaria pari a mesi _____,

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'articolo 34, comma 2, lettera a) dell'Accordo collettivo nazionale
per la medicina generale, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza
primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione _____ n. _____
del _____, e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a
comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'articolo 34,
comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale e l'anzianità
complessiva di incarico in assistenza primaria:
allegati n. ____ (_____) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- ☐ la propria residenza
- ☐ il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ firma per esteso _____

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE
(PER TRASFERIMENTO)**

RACCOMANDATA

All'Assessorato alla Sanità della
Regione _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
Prov. ____ il _____ M ____ F ____ Codice Fiscale _____
Residente a _____ prov. _____
Via _____ n. _____ CAP _____ tel. _____
A far data dal _____ Azienda U.S.L. di residenza _____
e residente nel territorio della Regione _____ dal
_____ titolare di incarico a tempo indeterminato per la Continuità Assistenziale presso la Azienda
n. _____ di _____ della Regione _____, dal _____ e
con anzianità complessiva di Continuità Assistenziale pari a mesi _____,

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'articolo 63, comma 2, lettera a) dell'Accordo collettivo nazionale
per la medicina generale di assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità
assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione _____ n. _____
del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a
comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'articolo 49,
comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale e l'anzianità
complessiva di incarico in Continuità Assistenziale:
allegati n. ____ (_____) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- ☐ la propria residenza
- ☐ il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____
indirizzo _____ n. _____

Data _____ firma per esteso _____

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE
(PER TRASFERIMENTO)**

RACCOMANDATA

All'Azienda USL _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
Prov. ____ il _____ M ____ F ____ Codice Fiscale _____
Residente a _____ prov. _____
Via _____ n. _____ CAP _____ tel. _____
A far data dal _____ Azienda U.S.L. di residenza _____
e residente nel territorio della Regione _____ dal
_____ titolare di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria
territoriale presso la Azienda n. _____ di _____ della Regione
_____, dal _____ e con anzianità complessiva di emergenza sanitaria
territoriale pari a mesi _____,

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'articolo 92, comma 5, lettera a) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione _____ n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

ASL		Presidio		ASL		Presidio	
ASL		Presidio		ASL		Presidio	
ASL		Presidio		ASL		Presidio	
ASL		Presidio		ASL		Presidio	
ASL		Presidio		ASL		Presidio	
ASL		Presidio		ASL		Presidio	
ASL		Presidio		ASL		Presidio	

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'articolo 63, comma 4, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale e l'anzianità complessiva di incarico in emergenza sanitaria territoriale:
allegati n. ____ (_____) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- ☐ la propria residenza
- ☐ il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ firma per esteso _____

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE
DEGLI INCARICHI VACANTI DI MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI
(PER TRASFERIMENTO)**

RACCOMANDATA

All'Azienda USL _____

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
Prov. ____ il _____ M ____ F ____ Codice Fiscale _____
Residente a _____ prov. _____
Via _____ n. _____ CAP _____ tel. _____
A far data dal _____ Azienda U.S.L. di residenza _____
e residente nel territorio della Regione _____ dal
_____ titolare di incarico a tempo indeterminato per la medicina dei servizi presso
la Azienda n. _____ di _____, della Regione _____, dal
_____ e con anzianità complessiva di medicina dei servizi pari a mesi _____,

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'articolo 79 dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di medicina dei servizi pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione _____ n. _____ del _____, e segnatamente per i seguenti incarichi:

ASL		Presidio		ASL		Presidio	
ASL		Presidio		ASL		Presidio	
ASL		Presidio		ASL		Presidio	
ASL		Presidio		ASL		Presidio	
ASL		Presidio		ASL		Presidio	
ASL		Presidio		ASL		Presidio	
ASL		Presidio		ASL		Presidio	

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'articolo 79 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale e l'anzianità complessiva di servizio in medicina dei servizi:
allegati n. ____ (_____) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- ☐ la propria residenza
- ☐ il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ CAP _____ provincia _____

indirizzo _____ n. _____

Data _____ firma per esteso _____

MODULO RIEPILOGATIVO DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

REGIONE _____ Azienda n. _____ Dott. _____

DATA	COGNOME	NOME	INDIRIZZO	CODICE REG.ASS	TIPO DI PRESTAZIONE

Data _____ Firma _____