

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(46 e 47 D.P.R. N. 445 DEL 28/12/2000)

**TITOLI DI SERVIZIO ED ATTIVITA' SVOLTA PER L'INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA
RISERVATA PER L'AMMISSIONE AL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA
GENERALE 2022-2025 DELLA REGIONE BASILICATA**

Il sottoscritto Dott. _____
Cognome Nome

Codice Fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

- in relazione alla domanda di ammissione tramite graduatoria riservata, senza borsa di studio, ai sensi dell'art. 12 comma 3 del D.L. n. 35/2019 convertito con L. n. 60/2019, della D.G.R. n. _____ del _____, al corso triennale di formazione specifica in medicina generale anni 2022/2025, organizzato a tempo pieno, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:
- ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445,

DICHIARA

di essere in possesso dei seguenti titoli di servizio:

1. **Attività di medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta (denominata "assistenza primaria" fino al 27/04/2022), con incarico a tempo indeterminato o con incarico provvisorio, prestata nell'ambito della Regione Basilicata;**

*(p. 0,30 per mese di attività)**

dal.....al..... Azienda.....
dal al Azienda.....
dal.....al..... Azienda.....:

2. **Attività di medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta (denominata "assistenza primaria" fino al 27/04/2022), con incarico a tempo indeterminato o con incarico provvisorio, prestata nell'ambito di altra Regione (specificare) _____:**

*(p. 0,20 per mese di attività)**

dal al Azienda.....Regione
dal al Azienda.....Regione
dal al Azienda.....Regione
dal al Azienda.....Regione

3. **Attività di sostituzione del medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta (denominata "assistenza primaria" fino al 27/04/2022) solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi:**

*(p. 0,20 per mese di attività)**

dal.....al.....medico**..... A.S.L.....
dal.....al.....medico**..... A.S.L.....
dal.....al.....medico**..... A.S.L.....
dal.....al.....medico**..... A.S.L.....

dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
 dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
 dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
 dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
 dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
 dal.....al.....medico**.....A.S.L.....

4. Stessa attività di cui al punto precedente dovuta ad attività sindacale del titolare, anche se di durata inferiore a 5 gg.:

*(p.0,20 per mese)**

dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
 dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
 dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
 dal.....al.....medico**.....A.S.L.....

5. Attività di sostituzione del titolare effettuata su base oraria: *(p.0,20 per mese corrispondente a 96 ore di attività)**

dal.....al.....medico**.....A.S.L.....ore.....
 dal.....al.....medico**.....A.S.L.....ore.....
 dal.....al.....medico**.....A.S.L.....ore.....
 dal.....al.....medico**.....A.S.L.....ore.....

Totale ore _____

6. Servizio effettivo di medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria (denominata "continuità assistenziale" fino al 27/04/2022), con incarico a tempo indeterminato ✳, determinato ✳, provvisorio ✳ di sostituzione ✳: *(barrare l'opzione e indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio)*

*(p.0,20 per mese corrispondente a 96 ore di attività)**

Anno..... A.S.L **di _____

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

Totale ore _____

Anno..... A.S.L **di _____

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

Totale ore _____

7. Servizio effettivo nella emergenza sanitaria territoriale, con incarico a tempo indeterminato * determinato * provvisorio * o di sostituzione *:

(p.0,20 per mese di attività)*

dal.....al.....A.S.L.**.....
dal.....al.....A.S.L.**.....
dal.....al.....A.S.L.**.....
dal.....al.....A.S.L.**.....
dal.....al.....A.S.L.**.....

8. Servizio effettivo nella medicina dei servizi territoriali con incarico a tempo indeterminato * o di sostituzione *:
(barrare l'opzione e indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio)

(p.0,20 per ogni mese corrispondente a 96 ore di attività)*

Anno..... A.S.L **di

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

Totale ore _____

Servizio effettivo di medico di assistenza penitenziaria / servizio effettivo in rapporto di convenzionamento con il SSN presso gli Istituti penitenziari, a tempo indeterminato * determinato *o di sostituzione *:

(p.0,20 per ogni mese di attività corrispondente a 96 ore di attività)*

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____

9. Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari sia a tempo indeterminato che di sostituzione per conto del Ministero di Giustizia, ai sensi della Legge 9 ottobre 1970, n. 740:

(p. 0,20 per mese di attività)*

dal ___/___/___ al ___/___/___ Istituto _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Istituto _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Istituto _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Istituto _____

10. Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate:

(p.0,10 per ogni mese corrispondente a 52 ore)*

Anno..... A.S.L ** di

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

Totale ore _____

Anno..... A.S.L ** di

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

Totale ore _____

11. Attività medica di assistenza ai turisti organizzata dalle Regioni o dalle Aziende (svolta a periodi mensili o ad ore):
(p. 0,20 per ogni mese corrispondente a 96 ore di attività)

ASL ** di dal al ore

ASL ** di dal al ore

ASL ** di dal al ore

ASL ** di dal al ore

Totale ore _____

12. Turni di reperibilità programmata nei servizi territoriali * di continuità dell'assistenza * di emergenza sanitaria territoriale, ai sensi dell'ACN della medicina generale: (barrare l'opzione e indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio):

*(p.0,05 per mese corrispondente a 96 ore di attività)**

Anno..... A.S.L ** di Servizio di : _____

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

Totale ore _____

Anno..... A.S.L** di Servizio di : _____

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

Totale ore _____

13. Attività, anche in forma di sostituzione, di medico pediatra di libera scelta, se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi

*(p. 0,10 per mese di attività)**

dal.....al.....medico**.....A.S.L.....

dal.....al.....medico**.....A.S.L.....

dal.....al.....medico**.....A.S.L.....

dal.....al.....medico**.....A.S.L.....

dal.....al.....medico**.....A.S.L.....

dal.....al.....medico**.....A.S.L.....

dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
 dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
 dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
 dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
 dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
 dal.....al.....medico**.....A.S.L.....

14. **Medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna*, medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici *, medico generico fiduciario*, medico di ambulatorio convenzionato per il servizio di assistenza ai naviganti *:** (barrare l'opzione)

(p. 0,05 per mese di attività)*

Ente **..... didalal
 Ente** didalal
 Ente** didalal
 A.S.L.** didalal
 A.S.L.** didalal

15. **Servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) anche in qualità di Ufficiale Medico di complemento e per un massimo di 12 mesi, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia**

(p.0,10 per mese)

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso

16. **Servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) anche in qualità di Ufficiale Medico di complemento, svolto in concomitanza di incarico convenzionale conferito da Azienda Sanitaria nell'area della medicina generale e solo per il periodo concomitante con tale incarico**

(p.0,20 per mese)

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso

17. **Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della Legge n. 64/2001, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia:**

(massimo 12 mesi - p. 0,10 per mese di attività,)

dal..... alServizio:.....svolto presso **.....

dal..... alServizio:.....svolto presso **.....

18. **Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della Legge n. 64/2001, svolto in concomitanza di incarico convenzionale conferito da Azienda Sanitaria nell'area della medicina generale e solo per il periodo concomitante con tale incarico:**

(p.0,20 per mese)

dal..... alServizio:.....svolto presso **.....

dal..... alServizio:.....svolto presso **.....

19. **Attività di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo * o medico di Polizia di Stato* (barrare l'opzione)**

(p. 0,20 per mese di attività)*

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

20. **Servizio prestato presso aziende termali (con le modalità di cui all'art.8 della Legge 24 ottobre 2000 n. 323) equiparato all'attività di continuità assistenziale: (*) servizio prestato presso aziende termali private accreditate in qualità di dipendente a tempo pieno, con rapporto di lavoro esclusivo e orario non inferiore a 35 ore settimanali.**

(indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio)
(p. 0,20 per mese di attività)*

Anno Stabilimento Termale** Comune di

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

Totale ore _____

Anno Stabilimento Termale** Comune di

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

Totale ore _____

21. **Servizio effettivo, svolto in paesi dell'Unione Europea, riconducibile all'attività di medico di medicina generale di cui all'ACN per la medicina generale; servizio prestato ai sensi della Legge 11 agosto 2014, n. 125 ed assistenza sanitaria prestata da medici italiani ai sensi del Decreto Ministeriale 1 settembre 1988, n. 430: (*) il servizio deve essere attestato con certificazioni, in originale o copia conforme all'originale, sottoscritte 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.**

(p. 0,20 per mese di attività) *

Ente ** Stato dal al

Ente ** Stato dal al

Ente ** Stato dal al

Ente ** Stato dal al

Ente ** Stato dal al

22. **Attività prestata durante il periodo di affiancamento previsto dalla procedura di ricambio generazionale (APP) nell'ambito della Regione Basilicata**

(p. 0,30 per mese di attività)* _____:

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____

23. **Attività prestata durante il periodo di affiancamento previsto dalla procedura di ricambio generazionale (APP) nell'ambito di altra Regione (specificare).....** (p. 0,20 per mese di attività)*:

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

24. **Attività svolta con incarico temporaneo di assistenza primaria a ciclo di scelta (c.d. Decreto "Semplificazione" e c.d. Decreto "Calabria") durante il periodo di frequenza del corso di formazione specifica di medicina generale:**

(p. 0,10 per ogni mese complessivo)

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

25. **Attività svolta con incarico temporaneo di assistenza primaria ad attività oraria (c.d. Decreto "Semplificazione" e c.d. Decreto "Calabria") durante il periodo di frequenza del corso di formazione specifica di medicina generale:**

(p. 0,10 per ogni mese corrispondente a 96 ore di attività)

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____

26. **Attività svolta con incarico temporaneo di emergenza sanitaria territoriale (c.d. Decreto "Semplificazione" e c.d. Decreto "Calabria") durante il periodo di frequenza del corso di formazione specifica di medicina generale:**

(p. 0,10 per ogni mese corrispondente a 96 ore di attività)

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____

Il/La sottoscritta dichiara di aver usufruito di astensione anticipata o di astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio nei seguenti periodi:

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso Azienda _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ presso Azienda _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ presso Azienda _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ presso Azienda _____

Il/La sottoscritto dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Luogo e data _____ Firma per esteso (2) _____

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

(2) *Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento d'identità del dichiarante.*

Recapiti degli Enti/ASL/Istituti indicati nella presente domanda

Ai sensi della L. 12/11/2011, n. 183, recante modifiche al D.P.R. 445/2000 (T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa), le amministrazioni pubbliche sono tenute ad acquisire d'ufficio le informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive, previa indicazione, da parte dell'interessato, degli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti.

Ente/ASL /Istituto _____
Indirizzo _____
C.A.P. _____ Comune di _____ Prov. _____
Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Ente/ASL /Istituto _____
Indirizzo _____
C.A.P. _____ Comune di _____ Prov. _____
Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Ente/ASL /Istituto _____
Indirizzo _____
C.A.P. _____ Comune di _____ Prov. _____
Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Ente/ASL /Istituto _____
Indirizzo _____
C.A.P. _____ Comune di _____ Prov. _____
Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Ente/ASL /Istituto _____
Indirizzo _____
C.A.P. _____ Comune di _____ Prov. _____
Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Ente/ASL /Istituto _____
Indirizzo _____
C.A.P. _____ Comune di _____ Prov. _____
Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Ente/ASL /Istituto _____
Indirizzo _____
C.A.P. _____ Comune di _____ Prov. _____
Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Ente/ASL /Istituto _____
Indirizzo _____
C.A.P. _____ Comune di _____ Prov. _____
Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Luogo e data _____ **Firma per esteso (1)** _____

(1) Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento d'identità del dichiarante.