

Apporre <b>BOLLO</b>
-------------------------

All'Assessorato alle Politiche della Salute  
 Sezione Strategie e Governo dell'Offerta

Regione PUGLIA  
 Via Gentile n° 52  
 70126 BARI (BA)

**PRIMO INSERIMENTO**  
 LI

**INTEGRAZIONE TITO-**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
 Il \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ sesso: M \_\_\_ F \_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
 indirizzo: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ ASL di residenza \_\_\_\_\_

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 nella graduatoria unica regionale di medicina generale, a valere per l'anno 2018, relative alle attività nel settore di (*barrare una o più caselle*):**

**assistenza primaria**  
 "118"

**emergenza sanitaria territoriale**

**continuità assistenziale**

**medicina dei servizi territoriali**

La mancata biffatura del Settore di attività comporta la non inclusione nella graduatoria

**A tal fine dichiara**

di **non** essere titolare di incarico a tempo indeterminato nel/i settore/i di attività sopra indicato/i. (\*)

(\*) Art.15, comma 11, ACN 29/07/2009: "I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato in uno o più settori sopra indicati non possono fare domanda di inserimento nella/e relativa/e graduatoria/e di settore, e, pertanto, possono concorrere alla assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento".

Acclude alla presente:

- n. \_\_\_\_\_ dichiarazione/i sostitutive di certificazione ;
- n. \_\_\_\_\_ dichiarazione/i sostitutive dell'atto notorio;
- n. \_\_\_\_\_ certificati in bollo

**Chiede che ogni comunicazione sia indirizzata presso:**

la propria residenza;

il domicilio sotto indicato:

c/o \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

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

**Esente imposta di  
bollo art. 37 co.1  
DPR445/2000**

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione**

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

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:

<p>Diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università di _____ in data ____   ____   ____ con voto ____/110 *</p> <p><b>* se il voto di laurea non è espresso su 110 ma su 100, occorre specificarlo</b></p>	<p><i>da 100 a 104: punti 0,30; da 105 a 109: punti 0,50; 110 e 110 lode: punti 1,00</i></p> <p>= p.</p>
<p>Abilitazione all'esercizio professionale conseguita presso l'Università di _____ in data ____   ____   ____</p>	
<p>Iscrizione all'Ordine dei medici di _____ dal ____   ____   ____</p>	
<p>Specializzazione o libera docenza in:</p> <p>a) <b>MEDICINA GENERALE</b> conseguita presso l'Università di _____ in data ____   ____   ____</p> <p>b) _____ conseguita presso l'Università di _____ in data ____   ____   ____</p> <p>c) _____ conseguita presso l'Università di _____ in data ____   ____   ____</p>	<p><i>Punti 2,00 per ciascuna specializzazione in medicina generale o disciplina equipollente</i></p> <p>Tot. n. ____ = p.</p> <p><i>Punti 0,50 per ciascuna specializzazione nelle discipline affini alla medicina generale</i></p> <p>Tot. n. ____ = p.</p>
<p><b>Attestato di formazione in medicina generale (D.Lgs n. 256/91, 368/99, 277/03)</b></p> <p>conseguito il _____ presso: _____,</p> <p><b>specificare data di inizio e data di conclusione del corso di formazione:</b></p> <p>data inizio corso ____   ____   ____ data fine corso ____   ____   ____</p> <p><b>N.B. per il primo inserimento è obbligatorio presentare copia dell'attestato</b></p>	<p><i>Punti 7,20</i></p>
<p><b>Attestato di formazione in Emergenza Sanitaria Territoriale (118) previsto ai sensi dell'art.22 comma 5 DPR 292/87, dell'art. 22 DPR 41/91 , dell'art. 66 dpr 484/96 , dell'art. 66 DPR 270/00</b></p> <p>conseguito il _____ presso: _____,</p>	

Data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

(non soggetta ad autenticazione)

**AVVERTENZE GENERALI**

1. Ai fini dell'inserimento nella graduatoria regionale della medicina generale distinta per settore, valevole per l'anno 2018, i medici devono presentare domanda entro il 31 gennaio 2017, in modo da scegliere il/i settore/i di attività. I medici già inseriti in graduatoria regionale di medicina generale valevole per l'anno 2017, non hanno l'obbligo di presentare domanda. Tale obbligo **rimane a carico di coloro** che dovranno integrare i titoli di servizio ( art. 15 co.1 ACN vigente dal 29/07/2009).
2. I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato per una o più attività di medicina generale non possono fare domanda di inserimento nella/e relativa/e graduatoria/e di settore (Art. 15, comma 11, ACN vigente dal 29/07/2009).
3. I medici che aspirano ad essere inseriti nella graduatoria unica regionale, 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 D.Lgs. 256/91, 368/1999 e 277/03 (abilitazione all'esercizio professionale conseguita entro il 31 dicembre 1994).
4. I titoli accademici, di studio e di servizio possono essere prodotti:
  - a) in originale o copia legale ai sensi di legge;
  - b) per i titoli accademici e di studio, apposita dichiarazione sostitutiva di certificazione, resa ai sensi dell'art.46 del DPR 445/2000 (Allegato A alla domanda);
  - c) per i titoli di servizio, apposita dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, resa ai sensi dell'art.47 del DPR n. 445/2000, (Allegato B alla domanda), ovvero fotocopie semplici unitamente ad una dichiarazione sostitutiva di notorietà con cui si attesta che le stesse sono conformi all'originale (Allegato C alla domanda).

La dichiarazione sostitutiva di cui al punto **C**, deve essere spedita unitamente a fotocopia di un documento d'identità in corso di validità.

Il dichiarante decade dai benefici attribuiti a seguito di accertamento di dichiarazioni non veritiere.

5. La domanda, deve essere spedita con Raccomandata A.R. entro il 31/01/2017(a tal fine fa fede il timbro postale). La mancata sottoscrizione della domanda, della dichiarazione sostitutiva, ovvero la spedizione oltre il termine del 31/01/2017, 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.
6. 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.
7. Ai fini della graduatoria sono valutabili solo i titoli posseduti al 31/12/2016.
8. I medici che hanno già presentato domanda a gennaio 2016 **devono** presentare o dichiarare solo i titoli acquisiti nel corso dell'anno 2016, nonché eventuali titoli di servizio non presentati per le precedenti graduatorie. Chi non ha presentato domanda per le ultime due graduatorie deve presentare o dichiarare tutta la documentazione.
9. I titoli di servizio divenuti valutabili con il vigente ACN ( servizio civile volontario per scopi umanitari, servizio nelle carceri, servizio all'estero: cfr. punti 7 - 13 - 15 allegato B alla domanda) devono essere integralmente dichiarati e/o documentati, ancorché già presentati in precedenza.

10. **I medici che presentano domanda per la prima volta o che non hanno presentato domanda per le ultime due graduatorie devono barrare la voce "primo inserimento"; tutti gli altri devono barrare la voce "integrazione titoli".**

<b>Informativa resa all'interessato per il trattamento di dati personali.</b>
---

**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, pertanto, in caso di rifiuto, Ella non potrà essere inserito in detta graduatoria;**
4. **I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione PUGLIA;**
5. **L'art. 7 del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196, 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 la Regione Puglia, responsabile è la Dirigente della Sezione Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti.**

**ALLEGATO A**

**GRADUATORIA REGIONALE DELLA MEDICINA GENERALE DISTINTA PER SETTORE**

Esente imposta di  
bollo art. 37 co.1  
D.P.R 445/2000

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà**

(art. 47 DPR n. 445 del 28/12/2000)

**TITOLI DI SERVIZIO ED ATTIVITÀ SVOLTA**


PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO
_____ Cod. regione

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.

1) Medico di assistenza primaria convenzionato (compresa attività svolta in qualità di associato)  
nell'ambito della Regione nella cui graduatoria si chiede l'inserimento:

(punti 0,30 per mese di attività)

dal \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ al \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ ASL \_\_\_ dal \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ al \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ ASL \_\_\_

dal \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ al \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ ASL \_\_\_ dal \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ al \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ ASL \_\_\_

## GRADUATORIA REGIONALE DELLA MEDICINA GENERALE DISTINTA PER SETTORE ALLEGATO B

1.a) Medico di assistenza primaria convenzionato, compresa attività svolta in qualità di associato:  
(punti 0,20 per mese di attività)

dal \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ al \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ ASL \_\_\_ dal \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ al \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ ASL \_\_\_

dal \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ al \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ ASL \_\_\_ dal \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ al \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ ASL \_\_\_

1.b) 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 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

2. Attività di sostituzione del medico di assistenza primaria convenzionato solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti dovuta ad attività sindacale e sostituzioni d'ufficio anche se di durata inferiore a 5 gg.:  
(punti 0,20 per mese di attività)

dal \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ al \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ ASL/medico \_\_\_\_\_

dal \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ al \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ ASL/medico \_\_\_\_\_

2.a) Stessa attività di cui al punto precedente effettuata su base oraria:

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

dal \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ al \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ ore \_\_\_\_\_

ASL \_\_\_\_\_ medico \_\_\_\_\_

dal \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ al \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ ore \_\_\_\_\_

ASL \_\_\_\_\_ medico \_\_\_\_\_

3. 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)

Anno: .....

Azienda Sanitaria Locale:

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

**N.B. Occorre indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio.**

3.a) 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)

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

3.b) 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	_____



## GRADUATORIA REGIONALE DELLA MEDICINA GENERALE DISTINTA PER SETTORE ALLEGATO B

3.e) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione nella emergenza sanitaria territoriale "118": (punti 0,20 per mese di attività ragguagliato a minimo 38 h. settimanali)

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 \_\_\_\_\_

**Il medico deve essere in possesso dell'Attestato di idoneità rilasciato dopo la frequenza dell'apposito Corso Formativo previsto ai sensi dell' art. 22 comma 5 DPR 292\87 o dell'art. 22 DPR 41\91 o dell'art. 66 DPR 484\96 o dell'art. 66 DPR 270\00 (allegare copia dell'Attestato o Autocertificazione).**

4. Attività programmata nei servizi territoriali di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale in forma di reperibilità: (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 \_\_\_\_\_

5. Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle AUSL: (punti 0,20 per mese di attività)

dal \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ al \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ ASL \_\_\_\_\_

dal \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ al \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ ASL \_\_\_\_\_

dal \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ al \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ ASL \_\_\_\_\_

6. 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 \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

7. 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)

dal \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ al \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ al \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ presso \_\_\_\_\_

*(\*) occorre presentare idonea documentazione.*

7.a) Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto in concomitanza di incarico di medicina generale (\*) (punti 0,20 per mese di attività per un massimo di 12 mesi)

dal \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ al \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ al \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ presso \_\_\_\_\_

*(\*) occorre presentare copia delle delibere di incarico e di cessazione dal servizio.*

8) 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 \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ al \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ presso \_\_\_\_\_

8.a) 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 \_\_\_\_\_

*(\*) occorre presentare copia delle delibere di incarico e di cessazione dal servizio.*

9) 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 \_\_\_\_\_

10) 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 per mese di attività)

dal \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ al \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ al \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_ presso \_\_\_\_\_

*(\*) occorre presentare idonea documentazione*

**1GRADUATORIA REGIONALE DELLA MEDICINA GENERALE DISTINTA PER SETTORE**

**Esente imposta di  
bollo art. 37 co. 1  
DPR445/2000**

**ALLEGATO C**

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

In riferimento alla domanda di inserimento/integrazione titoli nelle graduatorie regionali di medicina generale a valere per l'anno 20\_\_

il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

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**

che le **fotocopie** dei titoli allegati e sotto elencati, sono conformi agli originali in possesso del sottoscritto:

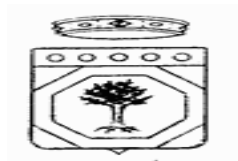
- |        |         |
|--------|---------|
| 1..... | 6.....  |
| 2..... | 7.....  |
| 3..... | 8.....  |
| 4..... | 9.....  |
| 5..... | 10..... |

Data

Firma \*

\_\_\_\_\_

\* La firma non è soggetta ad autenticazione, allegare copia fotostatica di documento di identità in corso di validità del sottoscrittore. La mancanza di sottoscrizione comporta la nullità della dichiarazione sostitutiva.  
(Si suggerisce, onde evitare disguidi, di firmare e numerare le fotocopie allegate)



**REGIONE PUGLIA**  
**ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE**  
**SEZIONE STRATEGIE E GOVERNO DELL'OFFERTA**

**PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO**

---