



DOMANDA DI PRIMO INSERIMENTO
NELLA GRADUATORIA UNICA REGIONALE DI MEDICINA GENERALE

RACCOMANDATA A.R.

REGIONE MOLISE
Direzione Generale per la Salute
Servizio Politiche delle Risorse
Umane del S.S.R. - Formazione
ed E.C.M. -
Via S. Antonio Abate, 236
86100 CAMPOBASSO

Il/La sottoscritto/a, secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale 29 luglio 2009, chiede di essere inserito nella graduatoria unica regionale per la medicina generale, valevole per l'anno 2018, per lo svolgimento delle attività nel settore/settori di seguito specificato/i (barrare il settore/settori per il quale si intende concorrere):

- Assistenza primaria,
Continuità assistenziale,
Medicina dei servizi territoriali,
Emergenza sanitaria territoriale (solo per coloro che sono in possesso del relativo attestato di idoneità).

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e ss.mm.ii.,

dichiara

sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, previste dall'art. 76 del citato D.P.R.:

Dati anagrafici

Cognome ..... Nome .....
nato/a a ..... Prov. ....
il ..... Codice Fiscale .....
Stato estero di nascita .....
Comune di residenza..... Prov. ....
Indirizzo ..... n. .... CAP .....
Indirizzo e-mail .....
Recapito telefonico .....

Indirizzo presso il quale inviare eventuali comunicazioni:

la propria residenza
il domicilio sotto indicato:
c/o ..... Comune ..... Prov. ....
Indirizzo ..... n. .... CAP .....
Indirizzo e-mail .....
Recapito telefonico .....

- Di non essere già titolare di incarico a tempo indeterminato nei suddetti settori prescelti per i quali intende concorrere;
Di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale (art. 96 A.C.N. 23 marzo 2005) conseguito in data ..... presso .....

TITOLI ED ATTIVITÀ SVOLTA

	PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO
<i>I Titoli accademici o di studio</i>	
Diploma di laurea conseguito con votazione: _____ / _____ (voto 110/110 e lode o 100/100 e lode: punti. 1,00; voto da 105/110 a 109/110 o da 95/100 a 99/100: punti. 0,50; voto da 100/110 a 104/110 o da 90/100 a 94/100 punti 0,30)	= punti
Abilitazione all'esercizio della professione medica conseguita in data : _____ (indicare gg/mm/aa) presso l'Università _____ _____ _____ (specificare la città sede dell'Università e la denominazione dell'Università stessa)	
Iscrizione all'Ordine dei Medici della provincia di _____ dal _____ (indicare gg/mm/aa)	
Specializzazione o libera docenza in medicina generale o disciplina equipollente ai sensi del D.M. 10.3.83 tab.B: specializzazione o libera docenza in: _____ conseguita in data _____ Università di _____ _____ (specificare la città sede dell'Università e la denominazione dell'Università stessa) inizio frequenza _____ fine frequenza _____ (indicare gg/mm/aa) specializzazione o libera docenza in: _____ conseguita in data _____ Università di _____ _____ (specificare la città sede dell'Università e la denominazione dell'Università stessa) inizio frequenza _____ fine frequenza _____ (indicare gg/mm/aa)	Tot. 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 o libera docenza in: _____ conseguita in data _____ Università di _____ _____ (specificare la città sede dell'Università e la denominazione dell'Università stessa) inizio frequenza _____ fine frequenza _____ (indicare gg/mm/aa) specializzazione o libera docenza in: _____ conseguita in data _____ Università di _____ _____ (specificare la città sede dell'Università e la denominazione dell'Università stessa) inizio frequenza _____ fine frequenza _____ (indicare gg/mm/aa)	Totale n. _____ X 0,50 = punti

<p>Attestato di formazione in medicina generale di cui all'art. 1, comma 2 e all'art. 2, comma 2, del d. lgs. n. 256/91 e delle corrispondenti norme del d. lgs. n. 368/99 e di cui al d. lgs. n. 277/2003 (punti 7,20) conseguito in data _____ (indicare gg/mm/aa) = punti</p> <p>nella Regione _____</p> <p>periodo di svolgimento del corso : dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)</p>		
<p><i>Il Titoli di servizio</i></p>	<p>Punteggi stessa Regione</p>	<p>Punteggi altra Regione</p>
<p>Attività di medico di assistenza primaria convenzionato, a tempo indeterminato, determinato, o svolta in qualità di associato</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p>	<p>Tot. mesi ___X 0,30=</p> <p>punti</p>	<p>Tot. mesi ___X 0,20=</p> <p>punti</p>
<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):</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p>	<p>Tot. mesi _____X 0,20=</p> <p>punti</p>	
<p>Stessa attività di cui al punto precedente dovuta ad attività sindacale e sostituzioni d'ufficio anche se di durata inferiore a 5 gg. Le sostituzioni effettuate su base oraria ai sensi dell'art. 37 sono valutate con gli stessi criteri di cui al Titolo II, lett. c)</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p>	<p>Tot. mesi _____X 0,20=</p> <p>punti</p>	
<p>Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione, nella continuità assistenziale (per mese, ragguagliato a 96 ore di attività):</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p>	<p>Tot. mesi _____X 0,20=</p> <p>punti</p>	
<p>Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o determinato o di sostituzione nella medicina dei servizi (per mese, ragguagliato a 96 ore di attività):</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p>	<p>Tot. mesi _____X 0,20=</p> <p>punti</p>	

<p>Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione nella emergenza sanitaria territoriale (per ogni mese di attività):</p> <p>A.S.L. _____ 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. _____ dal _____ al _____</p>	<p>Tot. mesi _____ X 0,20= punti</p>
<p>Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate (per ogni mese di attività corrispondente a 52 ore):</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____  A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____  A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____  A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____  A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____  A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p>	<p>(*) Tot. mesi _____ X 0,10= punti</p>
<p>Attività programmata nei servizi territoriali, di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale in forma di reperibilità ai sensi del vigente accordo (per mese, ragguagliato a 96 ore di attività)</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____  A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____  A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____  A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____  A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____  A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p>	<p>(*) Tot. mesi _____ X 0,05= punti</p>
<p>Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende: (per mese)</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____  A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____  A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____  A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____  A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____  A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p>	<p>(*) Tot. mesi _____ X 0,20= punti</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) dal _____ al _____</p>	<p>(*) Tot. mesi _____ X 0,10= punti</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): dal _____ al _____</p>	<p>(*) Tot. mesi _____ X 0,20= punti</p>
<p>Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina (per mese per un massimo di 12 mesi): dal _____ al _____</p>	<p>(*) Tot. mesi _____ X 0,10= punti</p>
<p>Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto in concomitanza di incarico ai sensi del vigente Accordo e limitatamente al periodo di concomitanza (per mese per un massimo di 12 mesi): dal _____ al _____</p>	<p>(*) Tot. mesi _____ X 0,20= punti</p>

<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):</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p>	<p>Tot. mesi _____ X 0,10=</p> <p>punti</p>
<p>Attività come medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna, e medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici, medico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato con il Ministero della Sanità per il servizio di assistenza sanitaria ai naviganti (per mese di attività):</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p>	<p>(*)</p> <p>Tot. mesi _____ X 0,05=</p> <p>punti</p>
<p>Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria nelle carceri, sia a tempo indeterminato che di sostituzione, e di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo (per mese di attività):</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p>	<p>(*)</p> <p>Tot. mesi _____ X 0,20=</p> <p>punti</p>
<p>Servizio prestato presso aziende termali (Legge 24 ottobre 2000 n. 323, art.8),equiparato all'attività di continuità assistenziale (per mese di attività):</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p>	<p>(*)</p> <p>Tot. mesi _____ X 0,20=</p> <p>punti</p>
<p>Servizio effettivo di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale, di emergenza territoriale, svolto in paesi dell'Unione Europea, ai sensi della legge 9 febbraio 1979 n.38, della legge 10 luglio 1960 n.735 e ss.mm.ii. e del decreto ministeriale 1° settembre 1988 n. 430 (per mese di attività):</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p>	<p>(*)</p> <p>Tot. mesi _____ X 0,20=</p> <p>punti</p>

Allegati:

- copia di documento di identità in corso di validità,
- n. copie fotostatiche di certificati di servizio,
- n. fogli relativi a titoli accademici e/o di attività.

Il/La sottoscritto/a autorizza l'Amministrazione al trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e ss.mm.ii. finalizzato alla formulazione della graduatoria unica regionale per la medicina generale, valevole per l'anno 2018

(\*) 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.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI,  
RIGUARDANTE LA GRADUATORIA REGIONALE PER I MEDICI DI MEDICINA GENERALE, VALIDA PER  
L'ANNO 2018

Ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 ed in relazione ai dati personali che si intendono trattare, si informa che:

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 l'anno 2018;
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, l'interessato non potrà essere inserito in detta graduatoria;
4. i dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise;
5. all'interessato spettano i diritti previsti dall'art. 7 del decreto legislativo n. 196/2003;
6. titolare del trattamento dei dati è la Regione Molise, responsabile del trattamento è la Direzione Generale per la Salute – Via Genova, 11 – 86100 Campobasso.