

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (art. 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 2019-2022 DELLA REGIONE MOLISE**

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 DL 35/2019 convertito con L. 60/2019 e alla D.G.R. n. _____ del _____, al corso triennale di formazione specifica in medicina generale anni 2019/2022, organizzato a tempo pieno, consapevole delle sanzioni amministrative e penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000,
- 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 di assistenza primaria convenzionato, con incarico a tempo indeterminato o con incarico provvisorio, prestata nell'ambito della Regione Molise: (p. 0,30 per mese di attività)*

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

2. Attività di medico di assistenza primaria convenzionato, 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 di assistenza primaria, solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 gg. continuativi: (p. 0,20 per mese di attività)*

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 e sostituzioni d'ufficio, anche se di durata inferiore a 5 giorni continuativi.** (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. **Stessa attività di cui al punto precedente effettuata su base oraria:** (p.0,20 per mese ragguagliato a 96 ore di attività)*

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

6. **Servizio effettivo di medico di continuità assistenziale medico di assistenza penitenziaria/servizio effettivo in convenzionamento svolto presso gli Istituti penitenziari 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 ragguagliato 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.**

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 mese ragguagliato 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 _____

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 mese ragguagliato a 52 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 _____

11. Attività medica di assistenza ai turisti, organizzata dalle Regioni o dalle Aziende UU.SS.LL: * *(p. 0,20 per mese di attività)*

ASL ** di dal al

ASL ** di dal al

ASL ** di dal al

ASL ** di dal al

12. Turni di reperibilità programmata nei servizi territoriali di continuità assistenziale di emergenza sanitaria territoriale , ai sensi del presente Accordo (barrare l'opzione e indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio): *(p.0,05 per mese ragguagliato 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 gg. continuativi: *(p. 0,10 per mese di attività)**

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

14. Attività di 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 ** di dal al
 Ente** di dal al
 Ente** di dal al
 A.S.L.** di dal al
 A.S.L.** di dal al

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 o scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della Legge 6 marzo 2001 n. 64 istitutiva del "Servizio civile nazionale", svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia: (massimo 12 mesi - p. 0,10 per mese di attività,)

dal..... al Servizio:..... svolto presso **.....
 dal..... al Servizio:..... svolto presso **.....

18: Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della Legge 6 marzo 2001 n. 64 istitutiva del "Servizio civile nazionale", 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 Servizio: svolto presso **
dal al Servizio: 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 private accreditate (con le modalità di cui all'art. 8 legge 24 ottobre 2000 n. 323), equiparato all'attività di continuità assistenziale, 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 _____ |

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 della Unione Europea, riconducibile all'attività di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale e di emergenza sanitaria territoriale; servizio prestato ai sensi della legge 11 agosto 2014, n. 125 ed assistenza sanitaria prestata da medici italiani ai sensi del D.M. 1° settembre 1988, n. 430: (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

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 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 (per inserire ulteriori informazioni il medico può fotocopiare il presente prospetto)

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.