



**REGIONE PIEMONTE**

**DOMANDA DI INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA  
DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE**

MARCA DA  
BOLLO  
€ 14,62

All'Assessorato Alla Tutela della Salute e della Sanità  
Regione Piemonte  
Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari ospedalieri e territoriali  
Corso Regina Margherita, 153 bis  
10122 TORINO

Il sottoscritto, Dott.

[Cognome] [nome]

Cognome

nome

nato a [ ] (prov.) [ ] il [gg] [mm] [aa]

cittadinanza [ ]

codice fiscale [ ] sesso  M  F

residente nel Comune di [ ]

provincia di [ ] via [ ] n° [ ]

CAP [ ] Tel. [ ]

con domicilio ( indicare solo se diverso dalla residenza )

nel comune di [ ] provincia di [ ]

via [ ] n° [ ] CAP [ ]

PRIMO INSERIMENTO  AGGIORNAMENTO

**ch i e d e**

secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, ai sensi dell'art. 4, comma 9, della legge 412/91 e dell'art. 8 del Decreto Legislativo n. 502/92, come modificato dal Decreto Legislativo n. 517/93 e n. 229/99 e successive modificazioni ed integrazioni, di essere inserito nella Graduatoria Unica Regionale per la medicina generale, da valere per l'anno **2014** suddivisa nelle 4 aree: (barrare la lettera che interessa, in caso contrario non sarà possibile procedere all'inserimento in graduatoria)

- a) Assistenza Primaria
- b) Continuità Assistenziale
- c) Emergenza Sanitaria Territoriale 118
- d) Medicina dei Servizi territoriali

Data.....

Firma.....

## AVVERTENZE GENERALI

1. Ai fini dell'inclusione nella graduatoria regionale valevole per l'anno **2014**, le domande, in regola con le vigenti leggi in materia di imposta di bollo, dovranno essere spedite a mezzo raccomandata A.R. all'Assessorato alla Tutela della Salute e della Sanità - Settore Assistenza Territoriale - C.so Regina Margherita, 153 bis 10122 TORINO **entro e non oltre il 31 gennaio 2013**. Per l'accoglimento della domanda farà fede la data del timbro postale.
2. Le domande dovranno essere compilate **in modo chiaro e leggibile**, a caratteri stampatello o dattiloscritte: omissioni anche parziali potranno comportare la mancata attribuzione dei punteggi relativi.
3. **E' obbligatorio allegare alla domanda – da inviare con raccomandata - copia fotostatica non autenticata del documento d'identità in corso di validità del sottoscrittore.**
4. Ai fini della graduatoria, saranno valutabili solo i titoli posseduti alla data del 31.12.2012.
5. Possono accedere alla graduatoria valevole per l'anno 2013, oltre i possessori degli attestati di formazione di cui agli articoli 1 e 2 del D.Lvo 8/8/91 n. 256, D.Lvo 368 del 17/8//99 e D. L.vo 277 dell' 8/7/2003, tutti i medici abilitati all'esercizio professionale entro il 31/12/94, così come previsto dal Decreto del Ministero della Sanità del 15/12/94.
6. Per attività orarie è opportuno specificare dettagliatamente i periodi effettivi di attività con **le relative ore**.
7. Si rammenta che **i medici titolari d'incarico a tempo indeterminato** per una o più delle attività della medicina generale, **non possono fare domanda di inserimento** per il settore di attività nel quale sono già convenzionati, **ma possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento** (ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, reso esecutivo il 29.7.2009, art. 15, comma 11).

Per eventuali informazioni è possibile rivolgersi dal *lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 12.30* ai seguenti referenti regionali:

### **Rosaria Di Gianni**

tel. 011 432.2842

e-mail: [rosaria.digianni@regione.piemonte.it](mailto:rosaria.digianni@regione.piemonte.it)

### **Caterina Attisano**

tel. 011 432.3616

e-mail: [caterina.attisano@regione.piemonte.it](mailto:caterina.attisano@regione.piemonte.it)



**Dichiarazione sostitutiva di certificazione  
AUTOCERTIFICAZIONE  
INVIARE FOTOCOPIA DOCUMENTO DI IDENTITA'**

SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO

Il sottoscritto Dott. Cognome ..... Nome.....

C.F. .... INVIARE LA FOTOCOPIA DEL CODICE FISCALE

ai sensi e agli effetti dell'art. 46 del D.P.R.28 dicembre 2000, n. 445

**dichiara**

1. Di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di ..... dal.....
2. Di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università di..... in data ..... con voto.....
3. Di essere abilitato all'esercizio professionale in data..... con voto.....
4. Di **essere/ non essere** in possesso dell'attestato di formazione in Medicina Generale conseguito presso la Regione.....  
**data d'inizio corso (gg/mm/aa.)..... data fine corso(gg/mm/aa).....**
5. Di essere in possesso della specializzazione o libera docenza in Medicina Generale  
Specializzazione/libera docenza in ..... conseguita il.....  
presso.....
6. Di **essere/ non essere** titolare di incarico di Assistenza Primaria
7. Di **essere/ non essere** titolare di incarico a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale
8. Di **essere/ non essere** titolare di incarico a tempo indeterminato nell'Emergenza Sanitaria Territoriale 118
9. Di **essere/ non essere** titolare di incarico a tempo indeterminato nella Medicina dei Servizi Territoriali

**Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)**

Data.....

Firma (2) .....

(1) Ai sensi degli art. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia".

(2) Ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, la presente dichiarazione non necessita di autenticazione della firma e sostituisce le normali certificazioni richieste o destinate ad una Pubblica Amministrazione e ai gestori di pubblici servizi.

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ



**Esente da  
imposta di bollo**

Il sottoscritto Dott. Cognome..... Nome.....

Consapevole delle sanzioni Penali, previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, con conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, dichiara il possesso dei seguenti titoli di servizio:

			<b>TITOLI DI SERVIZIO</b>
			<p>Medico di assistenza primaria convenzionato, compresa attività svolta in qualità di associato (0,20 punti per mese di attività)</p> <p style="text-align: center;">dal  _ _ _ _ _ _ _  al  _ _ _ _ _ _ _ </p> <p style="text-align: center;">dal  _ _ _ _ _ _ _  al  _ _ _ _ _ _ _ </p> <p style="text-align: center;">dal  _ _ _ _ _ _ _  al  _ _ _ _ _ _ _ </p> <p>Stessa attività prestata nell'ambito della Regione nella cui graduatoria si chiede l'inserimento (0,30 punti per mese di attività)</p> <p style="text-align: center;">dal  _ _ _ _ _ _ _  al  _ _ _ _ _ _ _ </p> <p style="text-align: center;">dal  _ _ _ _ _ _ _  al  _ _ _ _ _ _ _ </p> <p style="text-align: center;">dal  _ _ _ _ _ _ _  al  _ _ _ _ _ _ _ </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 gg. continuativi (0,20 punti per mese di attività)</p> <p style="text-align: center;">dal  _ _ _ _ _ _ _  al  _ _ _ _ _ _ _  A.S.L. .... di .....</p> <p style="text-align: center;">dal  _ _ _ _ _ _ _  al  _ _ _ _ _ _ _  A.S.L. .... di .....</p> <p style="text-align: center;">dal  _ _ _ _ _ _ _  al  _ _ _ _ _ _ _  A.S.L. .... di .....</p> <p style="text-align: center;">dal  _ _ _ _ _ _ _  al  _ _ _ _ _ _ _  A.S.L. .... di .....</p> <p style="text-align: center;">dal  _ _ _ _ _ _ _  al  _ _ _ _ _ _ _  A.S.L. .... di .....</p>



TITOLI DI SERVIZIO

Stessa attività di cui al punto precedente dovuta ad attività sindacale e sostituzioni d'ufficio anche se di durata inferiore a 5 gg.

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

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

Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o di sostituzione di continuità assistenziale

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

A.S.L. .... dal |\_|\_|\_|\_|\_|\_| al |\_|\_|\_|\_|\_|\_| ore.....

TITOLI DI SERVIZIO

Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o di sostituzione nella medicina dei servizi  
(0,20 punti per mese, ragg. 96 h. di attività)

A.S.L. .... dal |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| al |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| ore.....

Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o di sostituzione nella emergenza sanitaria territoriale  
(0,20 punti per mese, ragg. 96 h. di attività)

A.S.L. .... dal |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| al |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| ore.....

TITOLI DI SERVIZIO

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 punti per mese )

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

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

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

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

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.  
( 0,20 punti per mese )

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

Servizio effettivo di medico di assistenza primaria, nella 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 ed integrazioni e del decreto ministeriale 1° settembre 1988 n. 430.  
( 0,20 punti per mese )

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

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

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

Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate.  
( 0,10 punti per mese, ragg. 52 h. di attività )

A.S.L. .... dal |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| al |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| ore.....

TITOLI DI SERVIZIO

Attività programmata nei servizi territoriali di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale in forma di reperibilità ai sensi del presente accordo (0,05 punti per mese, ragg. a 96 h. attività)

A.S.L. .... dal |\_|\_|\_|\_|\_|\_| al |\_|\_|\_|\_|\_|\_| ore.....

Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche, organizzata dalle Regioni o dalle AA.SS.LL. (0,20 punti per ciascun mese)

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

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

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

dal |\_|\_|\_|\_|\_|\_| al |\_|\_|\_|\_|\_|\_| .

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

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 (0,10 punti per mese per un massimo di 12 mesi)

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

TITOLI DI SERVIZIO

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  
(0,20 punti per mese )

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

Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto dopo la laurea in medicina e chirurgia.  
( 0,10 per mese per un massimo di 12 mesi

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

Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto in concomitanza di incarico ai sensi del presente Accordo.  
( 0,20 per mese per un massimo di 12 mesi )

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

Attività 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  
(0,10 punti per mese)

dal |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| al |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| A.S.L. .... di .....

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 sanitaria ai naviganti  
(0,05 punti per mese di attività)

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

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

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

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Data.....

Firma del dichiarante (2) .....

(1) Ai sensi degli art. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000

(2) Ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 , la presente dichiarazione non necessita di autenticazione della firma e sostituisce le normali certificazioni richieste o destinate ad una Pubblica Amministrazione e ai gestori di pubblici servizi. La dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

### Informativa resa all'interessato per il trattamento di dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 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 di medicina generale valida per l'anno **2014** ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale reso esecutivo dalla Conferenza Stato-Regioni in data 29 luglio 2009
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. 13 del citato Decreto 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

Si autorizza l'Amministrazione al trattamento dei propri dati personali:

Data.....

Firma del dichiarante .....