



2. aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_ sessione \_\_\_\_\_;
3. aver ottenuto la prima iscrizione all'Ordine dei medici di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_;
4. essere stato successivamente iscritto all'Ordine dei medici di:
- a) \_\_\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_;
- β) \_\_\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_;
5.  essere  non essere in possesso dell'attestato/diploma di formazione in medicina generale di cui al D.Lgs. n. 256/91 e al D.Lgs. n. 368/99 come modificato dal D.Lgs. n. 277/2003, [in caso di possesso specificare quanto segue]  
conseguito il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ frequenza dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_;
6. aver svolto il servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile, dopo il conseguimento del diploma di laurea in Medicina: dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
c/o \_\_\_\_\_;
7.  non avere  avere subito provvedimenti di revoca o decadenza del rapporto convenzionale di medico di medicina generale ai sensi degli art. 30, c. 7, lett. c) e art. 19, cc. 2 e 4 - ACN Medicina Generale (in caso affermativo specificare la data di irrogazione effettiva della sanzione o la data di decadenza del rapporto convenzionale \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e l'ASL che ha adottato il provvedimento \_\_\_\_\_);

Dichiara che l'ultima domanda presentata è relativa alla graduatoria valida per l'anno \_\_\_\_\_.

Alla presente domanda allega inoltre i seguenti documenti relativi ai titoli accademici, di studio e di servizio valutabili ai fini della graduatoria predetta, **maturati al 31/12/2015** (vedi Avvertenze Generali - "Modalità di documentazione dei titoli accademici, di studio e di servizio"):

- n. \_\_\_ **dichiarazione sostitutiva di certificazione (allegato A);**
- n. \_\_\_ **dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (allegato B);**
- n. \_\_\_ **dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (allegato C);**
- n. \_\_\_ **certificazioni in originale rilasciate da Soggetti/Enti Privati o Esteri;**
- n. **1 copia fotostatica di valido documento di identità.**

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata  alla propria residenza  al domicilio sotto indicato:

c/o \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ prov.(\_\_\_\_\_) indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ data

\_\_\_\_\_ Firma per esteso e leggibile (1)

**NOTA (1):**

- La **firma** non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto.
- Nel caso in cui la domanda di iscrizione alla graduatoria regionale venga spedita a mezzo raccomandata A.R. alla presente dichiarazione dovrà essere allegata copia fotostatica del documento di identità del medico interessato.
- La mancata sottoscrizione della domanda è motivo di esclusione dalla graduatoria.

## **AVVERTENZE GENERALI**

**ATTENZIONE:** *l'art. 15, comma 11 dell'A.C.N. per la medicina generale reso esecutivo con Intesa Stato-Regioni rep. n. 2272 del 23.03.2005, prevede che i medici già titolari di incarico a tempo indeterminato per le attività di assistenza primaria, continuità assistenziale, emergenza sanitaria territoriale, possono concorrere all'assegnazione dei relativi incarichi vacanti solo per trasferimento.*

*Si richiama pertanto l'attenzione dei medici interessati sul fatto che L'ESSERE GIÀ CONVENZIONATO alla data del 31/01/2016 PER L'ASSISTENZA PRIMARIA, O PER LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE, O PER L'EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE NON CONSENTIRÀ DI PARTECIPARE alla procedura di assegnazione delle RELATIVE carenze PER GRADUATORIA, POICHÉ L'A.C.N. PREVEDE CHE I MEDICI GIÀ CONVENZIONATI POSSANO CONCORRERE ALL'ASSEGNAZIONE DI UNA NUOVA ZONA CARENTE O DI UN NUOVO INCARICO VACANTE SOLO PER TRASFERIMENTO.*

Es.: un medico convenzionato per la continuità assistenziale iscritto nella presente graduatoria potrà concorrere per graduatoria all'assegnazione degli incarichi vacanti di assistenza primaria (e di emergenza sanitaria territoriale se in possesso degli ulteriori specifici requisiti previsti per tale tipo di attività), ma potrà concorrere solo per trasferimento all'assegnazione di un diverso incarico vacante di continuità assistenziale.

### **REQUISITI PER L'ACCESSO ALLA GRADUATORIA:**

- 1) diploma di laurea in medicina e chirurgia e iscrizione al relativo Albo Professionale;
- 2) possesso dell'attestato/diploma di formazione in medicina generale, come previsto dal D.Lgs. n. 256/91 e dal D.Lgs. n. 368/99 come modificato dal D.Lgs. n. 277/2003, **oppure** abilitazione all'esercizio professionale conseguita entro il 31/12/1994 (titolo equipollente previsto dal D.Lgs. 17/08/1999, n. 368)

Ai fini dell'inclusione nella graduatoria regionale, valida per l'anno 2017, i medici dovranno presentare entro il termine perentorio del 01/02/2016 (considerato che il termine di scadenza ordinario - 31/01/2016 - cade di giorno festivo), domanda debitamente compilata e sottoscritta come da schema allegato e **in regola con le vigenti norme sull'imposta di bollo.**

**La domanda, indirizzata all'AZIENDA U.L.S.S. N. 20 - SERVIZIO PROFESSIONISTI IN CONVENZIONE - VIA VALVERDE, 42 - 37122 VERONA, può essere consegnata a mano o inviata a mezzo raccomandata A/R, entro la stessa data. Farà fede, in quest'ultimo caso, la data del timbro postale di spedizione. La domanda può essere inviata anche a mezzo PEC (da trasmettere esclusivamente da indirizzo PEC nominativo personale del medico e indirizzata a: [convenzioni.ulss20.verona@pecveneto.it](mailto:convenzioni.ulss20.verona@pecveneto.it)). In tal caso leggere, compilare e spedire obbligatoriamente anche l'allegato D. Si rammenta che, ai fini dell'inserimento nella graduatoria, la domanda deve essere presentata annualmente.**

### **COSTITUISCONO MOTIVI DI ESCLUSIONE DALLA GRADUATORIA**

- 1) LA MANCANZA DELLA FIRMA NELLA DOMANDA;
- 2) L'OMESSA DICHIARAZIONE DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE DEI MEDICI (si ricorda che l'iscrizione all'Ordine dei Medici viene attestata dall'interessato compilando i punti 3 e 4 dell'Autocertificazione - che fa parte integrante della domanda di iscrizione alla graduatoria unica regionale - e che la stessa ha validità di 6 mesi);
- 3) LA MANCATA TRASMISSIONE DELLA DOMANDA ENTRO IL PREDETTO TERMINE PERENTORIO DEL **01/02/2016**. (PER LA VERIFICA DELLA PERMANENZA DELL'ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE - ex art. 15, c. 6, dell'A.C.N. - **TUTTI I MEDICI INTERESSATI SONO TENUTI A PRESENTARE LA DOMANDA ENTRO IL PREDETTO TERMINE, ANCHE QUELLI GIÀ INSERITI NELLA GRADUATORIA UNICA REGIONALE DEL VENETO DELL'ANNO PRECEDENTE.**)

### **MODALITA' DI DOCUMENTAZIONE DEI TITOLI ACCADEMICI, DI STUDIO E DI SERVIZIO**

Ai sensi delle modifiche al D.P.R. 445/2000 introdotte dall'art. 15 della L. 183/2011, a decorrere dal 01.01.2012 le Amministrazioni Pubbliche non possono accettare certificazioni rilasciate da Amministrazioni Pubbliche o gestori di pubblici servizi, pena la mancata valutazione dei titoli oggetto della certificazione. Pertanto, **per essere oggetto di valutazione, i titoli conseguiti presso una Amministrazione Pubblica o un gestore di Pubblico Servizio, devono essere obbligatoriamente autocertificati ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, con indicazione di tutti gli elementi per una corretta valutazione dei titoli stessi** (vedi Allegati A e B).

I titoli conseguiti presso soggetti privati o esteri possono invece essere allegati alla domanda di partecipazione in originale o in copia legale o autenticata ai sensi di legge, ovvero anche in fotocopia, munita di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, sottoscritta dal candidato, attestante che la copia allegata è conforme all'originale, ai sensi dell'articolo 19 del DPR 445/2000 (vedi Allegato C). Nel caso in cui il candidato non possa produrre gli originali o le fotocopie dei suddetti titoli con le modalità sopra descritte, può dichiararne il possesso attraverso apposita dichiarazione sostitutiva (vedi Allegati A e B).

I **titoli accademici e di studio** posseduti e i **titoli di servizio** svolto vengono documentati dall'interessato mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione (**Allegato A**), ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., e mediante dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (**Allegato B**), ai sensi dell'art. 47 del medesimo D.P.R. n. 445/2000, in carta semplice, dalla quale risultino:

- a. i propri dati anagrafici;
- b. la seguente **formula**:  
dichiarazione sostitutiva di certificazione: "il sottoscritto (dati anagrafici) sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e s.m.i, dichiara di essere in possesso dei titoli accademici e di studio di seguito indicati";  
dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà: "il sottoscritto (dati anagrafici) sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e s.m.i, dichiara di essere in possesso dei titoli di servizio di seguito indicati";
- c. l'**esatto indirizzo** dell'Università/Ente presso il quale si è conseguito il titolo o si è svolto il servizio, come segue: nome dell'Università/Ente, via, numero civico, C.A.P., Città (prov.), numero telefonico e numero di fax;
- d. **tutti** gli elementi necessari per la corretta valutazione del titolo;
- e. la **firma**: non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto. Nel caso in cui la domanda di iscrizione alla graduatoria regionale venga spedita a mezzo raccomandata A/R, alla presente dichiarazione dovrà essere allegata copia fotostatica del documento di identità del medico interessato. La mancanza di sottoscrizione comporta la nullità della dichiarazione sostitutiva.

La dichiarazione sostitutiva di certificazione e la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dovranno essere complete e leggibili per consentirne la corretta valutazione e i necessari controlli di veridicità (art. 71 L. 445/2000). Qualora dal controllo emerga la non veridicità di quanto dichiarato e prodotto, l'interessato decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera oltre a soggiacere alle sanzioni penali previste in ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci.

## ELEMENTI NECESSARI PER L'ATTRIBUZIONE DEL PUNTEGGIO

**Ai fini di una corretta valutazione del punteggio si ribadisce, inoltre, quanto segue:**

- a) le attività di Continuità Assistenziale, di Emergenza Sanitaria Territoriale e di Medicina dei Servizi, a tempo indeterminato e a tempo determinato, devono essere documentate indicando per ogni mese di attività tutte le effettive ore svolte, tenendo distinte le ore svolte in forma attiva da quelle svolte in forma di reperibilità;
- b) l'Attività Territoriale Programmata deve essere documentata indicando per ogni mese di attività tutte le effettive ore svolte;
- c) l'attività di medico di medicina generale e quella di medico specialista pediatra di libera scelta devono essere documentate indicando specificatamente l'Accordo Collettivo Nazionale di riferimento. In caso contrario verrà attribuito il punteggio inferiore. Inoltre le dichiarazioni sostitutive attestanti le sostituzioni di medicina generale e di medicina pediatrica dovranno dare atto specificatamente che il numero degli assistiti iscritti presso il medico sostituito, sia rispettivamente superiore a 100 o 70.
- d) il servizio prestato presso aziende termali (con le modalità di cui all'art. 8 della L. 24/10/2000 n. 323), equiparato all'attività di continuità assistenziale, deve essere documentato indicando per ogni mese di attività tutte le effettive ore svolte.
- e) l'astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio durante il periodo di incarico a tempo determinato e/o indeterminato nell'Area di Medicina Generale potrà essere documentata, indicando la data di inizio e di fine, con dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà secondo l'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000

I documenti autocertificati/allegati alla domanda degli anni precedenti sono acquisiti agli atti, purché ne venga fatto espresso riferimento, barrando la colonna "B" delle rispettive "Dichiarazioni sostitutive".

**La dichiarazione sostitutiva di certificazione e la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà comprovanti i titoli posseduti dovranno essere tali da consentirne la valutazione; non si terrà conto di quella dalla quale non sia possibile dedurre precisamente i dati di valutazione o di quella mancante rispetto a quanto dichiarato dal medico nella domanda.**

**Per informazioni telefonare al numero 045/807.58.73**

**Sito Internet => [www.ulss20.verona.it](http://www.ulss20.verona.it)**

**seguendo il percorso Area Amministrativa/Convenzionata**

=====

### **NOTA BENE**

Principi applicabili a tutti i trattamenti effettuati da soggetti pubblici - art. 18, D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003: i dati personali che l'Azienda U.L.S.S. 20 acquisisce verranno trattati esclusivamente per lo svolgimento degli adempimenti istituzionali previsti dagli articoli 15 e 16 dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale - intesa del 23/03/2005 e s.m.i.

=====

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e successive modifiche ed integrazioni)

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_,  
sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e s.m.i.,

**D I C H I A R A**

di essere in possesso dei titoli accademici e di studio di seguito indicati:

A (1)	B (2)	I – Titoli accademici e di studio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1) Diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ numero di telefono _____ numero di fax _____ in data ___/___/_____ con voto _____/110 _____*; <i>*se il voto di laurea non è espresso su 110 ma su 100, occorre specificarlo</i> (voto 110/110, 110/110 lode o 100/100, 100/100 lode: 1,00 punto; da 105/110 a 109/110 o da 95/100 a 99/100: 0,50 punti; da 100/110 a 104/110 o da 90/100 a 94/100: 0,30 punti)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2) Specializzazione o libera docenza in medicina generale o disciplina <u>equipollente</u> ai sensi del D.M. 30/01/1998 e successive modifiche (2,00 punti) specializzazione in _____ presso l'Università degli Studi di _____ numero di telefono _____ numero di fax _____ in data ___/___/_____; se la specializzazione è stata conseguita ai sensi del D.Lgs. n. 257/91 e D.Lgs. n. 368/99 come modificato dal D.Lgs. n. 277/2003, dichiara anche il periodo di frequenza dal _____ al _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	specializzazione in _____ presso l'Università degli Studi di _____ numero di telefono _____ numero di fax _____ in data ___/___/_____; se la specializzazione è stata conseguita ai sensi del D.Lgs. n. 257/91 e D.Lgs. n. 368/99 come modificato dal D.Lgs. n. 277/2003, dichiara anche il periodo di frequenza dal _____ al _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3) Specializzazione o libera docenza nelle discipline <u>affini</u> alla medicina generale, ai sensi del D.M. 31/01/1998 e successive modifiche (0,50 punti) specializzazione in _____ presso l'Università degli Studi di _____

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>numero di telefono _____ numero di fax _____  in data ___/___/____; se la specializzazione è stata conseguita ai sensi del D.Lgs. n. 257/91 e D.Lgs. n. 368/99 come modificato dal D.Lgs. n. 277/2003, dichiara anche il periodo di frequenza dal _____ al _____</p> <p>specializzazione in _____  presso l'Università degli Studi di _____</p> <p>numero di telefono _____ numero di fax _____  in data ___/___/____; se la specializzazione è stata conseguita ai sensi del D.Lgs. n. 257/91 e D.Lgs. n. 368/99 come modificato dal D.Lgs. n. 277/2003, dichiara anche il periodo di frequenza dal _____ al _____</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>4) Attestato/Diploma di formazione in medicina generale di cui al D.Lgs. n. 256/91 e al D.Lgs. n. 368/99 come modificato dal D.Lgs. n. 277/2003. (7,20 punti)</p> <p>frequenza dal _____ al _____  conseguito il _____ presso _____</p> <p>numero di telefono _____ numero di fax _____</p>

- 1) Barrare la colonna "A" in corrispondenza dei titoli di cui si chiede la valutazione per la prima volta con la presente domanda.
- 2) Barrare la colonna "B" in corrispondenza dei titoli che sono stati autocertificati/presentati e valutati in occasione di precedenti domande e sono acquisiti agli atti e siano tali da poterne consentire la valutazione.

\_\_\_\_\_ data

\_\_\_\_\_ Firma per esteso e leggibile (1)

**NOTA (1):**

- La **firma** non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto.
- Nel caso in cui la domanda di iscrizione alla graduatoria regionale venga spedita a mezzo raccomandata A.R. alla presente dichiarazione **dovrà essere allegata copia fotostatica del documento di identità del medico interessato.**
- La mancanza di sottoscrizione comporta la nullità della dichiarazione sostitutiva.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ**

(ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e successive modifiche ed integrazioni)

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_,  
sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non  
veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e s.m.i.,

**D I C H I A R A**

di essere in possesso dei titoli di servizio di seguito indicati:

[N.B. per inserire ulteriori periodi, fotocopiare la pagina interessata, aggiungendo "/bis", "/ter" ecc. al numero di pag.]

<b>A (1)</b>	<b>B (2)</b>	<b>II - Titoli di servizio</b>
		5) Attività di <b>medico di assistenza primaria convenzionato</b> , a tempo indeterminato o determinato, compresa l'attività svolta in qualità di associato, prestata <b>nella Regione del Veneto</b> . (0,30 punti per mese di attività)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/_____ al ___/___/_____ presso ULSS _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/_____ al ___/___/_____ presso ULSS _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/_____ al ___/___/_____ presso ULSS _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/_____ al ___/___/_____ presso ULSS _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/_____ al ___/___/_____ presso ULSS _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/_____ al ___/___/_____ presso ULSS _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/_____ al ___/___/_____ presso ULSS _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/_____ al ___/___/_____ presso ULSS _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/_____ al ___/___/_____ presso ULSS _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/_____ al ___/___/_____ presso ULSS _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/_____ al ___/___/_____ presso ULSS _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/_____ al ___/___/_____ presso ULSS _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/_____ al ___/___/_____ presso ULSS _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/_____ al ___/___/_____ presso ULSS _____ 1
		6) Attività di <b>medico di assistenza primaria convenzionato</b> , a tempo indeterminato o determinato, compresa l'attività svolta in qualità di associato, prestata <b>fuori dalla Regione del Veneto</b> . (punti 0,20 per mese di attività)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/_____ al ___/___/_____ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/_____ al ___/___/_____ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/_____ al ___/___/_____ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/_____ al ___/___/_____ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/_____ al ___/___/_____ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/_____ al ___/___/_____ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/_____ al ___/___/_____ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/_____ al ___/___/_____ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/_____ al ___/___/_____ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/_____ al ___/___/_____ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/_____ al ___/___/_____ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/_____ al ___/___/_____ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/_____ al ___/___/_____ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/_____ al ___/___/_____ presso ASL _____ 1

<sup>1</sup> indicare altresì l'esatto indirizzo dell'ULSS/ASL utilizzando la parte finale del presente Allegato

7) 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. (0,20 punti per mese di attività)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; medico _____ ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; medico _____ ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; medico _____ ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; medico _____ ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; medico _____ ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; medico _____ ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; medico _____ ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; medico _____ ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; medico _____ ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; medico _____ ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; medico _____ ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; medico _____ ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; medico _____ ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; medico _____ ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; medico _____ ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; medico _____ ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; medico _____ ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; medico _____ ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; medico _____ ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; medico _____ ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; medico _____ ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; medico _____ ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; medico _____ ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; medico _____ ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; medico _____ ASL _____	1

8) **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. 23 sono valutate con gli stessi criteri di cui al Titolo II, lett. c). (0,20 punti per mese di attività)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ore ___ medico _____ ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ore ___ medico _____ ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ore ___ medico _____ ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ore ___ medico _____ ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ore ___ medico _____ ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ore ___ medico _____ ASL _____	1

<sup>1</sup> indicare altresì l'esatto indirizzo dell'Ente del medico sostituito utilizzando la parte finale del presente Allegato



9) **Servizio effettivo** con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione di **continuità assistenziale in forma attiva** [esclusa reperibilità, vedi p. 13] (0,20 punti per mese ragguagliato a 96 ore di attività)

- |                          |                          |   |   |
|--------------------------|--------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/ al ___/ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/ al ___/ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/ al ___/ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/ al ___/ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/ al ___/ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/ al ___/ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/ al ___/ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/ al ___/ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/ al ___/ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/ al ___/ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/ al ___/ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/ al ___/ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/ al ___/ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/ al ___/ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/ al ___/ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/ al ___/ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/ al ___/ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/ al ___/ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/ al ___/ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/ al ___/ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/ al ___/ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/ al ___/ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/ al ___/ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/ al ___/ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/ al ___/ ore _____ presso ASL _____ | 1 |

10) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione nella **Medicina dei servizi**. (0,20 punti per mese ragguagliato a 96 ore di attività)

- |                          |                          |   |   |
|--------------------------|--------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/ al ___/ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/ al ___/ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/ al ___/ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/ al ___/ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/ al ___/ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/ al ___/ ore _____ presso ASL _____ | 1 |

<sup>1</sup> indicare altresì l'esatto indirizzo dell'Ente utilizzando la parte finale del presente Allegato

		<b>11) Servizio di Attività Territoriali Programmate.</b> (0,10 punti per mese corrispondente a 52 ore di attività)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anno _____ Mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anno _____ Mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anno _____ Mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anno _____ Mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anno _____ Mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____	1
		<b>12) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione nella Emergenza Sanitaria Territoriale.</b> (0,20 punti per mese di attività)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____	1
		<b>13) Attività programmata nei servizi territoriali di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale in forma di reperibilità</b> ai sensi del presente accordo. (0,05 punti per mese ragguagliato 96 ore di attività)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____	1
		<sup>1</sup> indicare altresì l'esatto indirizzo dell'Ente utilizzando la parte finale del presente Allegato	

		14) Attività medica nei servizi di <b>assistenza stagionale nelle località turistiche</b> organizzati dalle Regioni o dalle Aziende. (0,20 punti per mese di attività)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ <sup>1</sup>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ <sup>1</sup>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ <sup>1</sup>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ <sup>1</sup>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ <sup>1</sup>
		15) <b>Servizio militare di leva</b> o sostitutivo nel servizio civile, svolto <b>dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina</b> , anche in qualità di ufficiale medico di complemento. (0,10 punti per mese per un massimo di 12 mesi)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ <sup>1</sup>
		16) <b>Servizio militare di leva</b> o sostitutivo nel servizio civile, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina, anche in qualità di ufficiale medico di complemento, ed <b>in concomitanza di incarico</b> , anche provvisorio, <b>di medicina generale</b> (D.P.R. n. 270/2000) limitatamente al periodo di concomitanza. (0,20 punti per mese)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ <sup>1</sup>
		17) <b>Servizio civile volontario</b> per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto <b>dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina</b> . (0,10 punti per mese di attività per un massimo di 12 mesi)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ <sup>1</sup>
		18) <b>Servizio civile volontario</b> per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto <b>in concomitanza di incarico</b> ai sensi del presente Accordo. (0,20 punti per mese per un massimo di 12 mesi)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ <sup>1</sup>
		19) Attività di <b>medico pediatra di libera scelta</b> , anche in forma di sostituzione, se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi. (0,10 punti per mese di attività)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; ASL _____ <sup>1</sup> ped. sost. _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; ASL _____ <sup>1</sup> ped. sost. _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; ASL _____ <sup>1</sup> ped. sost. _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; ASL _____ <sup>1</sup> ped. sost. _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; ASL _____ <sup>1</sup> ped. sost. _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; ASL _____ <sup>1</sup> ped. sost. _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; ASL _____ <sup>1</sup> ped. sost. _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; ASL _____ <sup>1</sup> ped. sost. _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; ASL _____ <sup>1</sup> ped. sost. _____
		20) Attività come <b>medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna</b> , 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 ai naviganti. (0,05 punti per mese di attività)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ <sup>1</sup>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ <sup>1</sup>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ <sup>1</sup>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ <sup>1</sup>

<sup>1</sup> indicare altresì l'esatto indirizzo dell'Ente utilizzando la parte finale del presente Allegato

		21) Attività di <b>medico addetto all'assistenza nelle carceri</b> sia a tempo indeterminato che di sostituzione. (0,20 punti per mese di attività) <b>[*]</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____	1
		<b>[*]</b> Indicare al presente punto anche l'attività di medico di Polizia.	
		22) Attività di <b>ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo</b> (0.20 punti per mese di attività)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____	1
		23) Servizio prestato presso <b>Aziende Termali</b> (Legge 24 ottobre 2000 n. 323 art. 8), equiparato all'attività di continuità assistenziale. (0,20 punti per mese, ragguagliato a 96 ore di attività)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____	1
		24) Servizio effettivo di <b>medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale, di emergenza sanitaria territoriale, svolto in Paesi dell'Unione Europea</b> , ai sensi della Legge 9 febbraio 1979 n. 38, della Legge 10 luglio 1960 n. 735 e succ.ve modificazioni ed integrazioni e del D.M. 1 settembre 1988 n. 430. (0,20 punti per mese di attività)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____	1
		<sup>1</sup> indicare altresì l'esatto indirizzo dell'Ente utilizzando la parte finale del presente Allegato	

- 1) Barrare la colonna "A" in corrispondenza dei servizi di cui si chiede la valutazione per la prima volta con la presente domanda.
- 2) Barrare la colonna "B" in corrispondenza dei servizi che sono stati autocertificati/presentati e valutati in occasione di precedenti domande e sono acquisiti agli atti e siano tali da poterne consentire la valutazione.

SEGUE

Recapiti degli Enti più sopra indicati:

Ente/ASL \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ note \_\_\_\_\_

Ente/ASL \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ note \_\_\_\_\_

Ente/ASL \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ note \_\_\_\_\_

Ente/ASL \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ note \_\_\_\_\_

Ente/ASL \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ note \_\_\_\_\_

Ente/ASL \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ note \_\_\_\_\_

Ente/ASL \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ note \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma per esteso e leggibile (1)**

**NOTA (1):**

- La **firma** non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto.
- Nel caso in cui la domanda di iscrizione alla graduatoria regionale venga spedita a mezzo raccomandata A.R. alla presente dichiarazione **dovrà essere allegata copia fotostatica del documento di identità del medico interessato.**
- La mancanza di sottoscrizione comporta la nullità della dichiarazione sostitutiva.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ**

*(ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e successive modifiche ed integrazioni)*

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa \_\_\_\_\_,  
nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_,  
in riferimento alla domanda di iscrizione alla graduatoria unica regionale del Veneto per la  
medicina generale dell'anno **2017**,

**D I C H I A R A**

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste, in caso di dichiarazioni non veritiere, dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 recante il "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa", **che le ALLEGATE FOTOCOPIE DELLE CERTIFICAZIONI RILASCIATE DA SOGGETTI/ENTI PRIVATI O ESTERI dei titoli di servizio svolto, sotto elencate, sono conformi agli originali in proprio possesso:**

- Fotocopia del certificato Ente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ prot./rif. \_\_\_\_\_
- Fotocopia del certificato Ente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ prot./rif. \_\_\_\_\_
- Fotocopia del certificato Ente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ prot./rif. \_\_\_\_\_
- Fotocopia del certificato Ente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ prot./rif. \_\_\_\_\_
- Fotocopia del certificato Ente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ prot./rif. \_\_\_\_\_
- Fotocopia del certificato Ente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ prot./rif. \_\_\_\_\_
- Fotocopia del certificato Ente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ prot./rif. \_\_\_\_\_
- Fotocopia del certificato Ente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ prot./rif. \_\_\_\_\_
- Fotocopia del certificato Ente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ prot./rif. \_\_\_\_\_
- Fotocopia del certificato Ente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ prot./rif. \_\_\_\_\_
- Fotocopia del certificato Ente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ prot./rif. \_\_\_\_\_
- Fotocopia del certificato Ente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ prot./rif. \_\_\_\_\_
- Fotocopia del certificato Ente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ prot./rif. \_\_\_\_\_
- Fotocopia del certificato Ente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ prot./rif. \_\_\_\_\_
- Fotocopia del certificato Ente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ prot./rif. \_\_\_\_\_
- Fotocopia del certificato Ente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ prot./rif. \_\_\_\_\_
- Fotocopia del certificato Ente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ prot./rif. \_\_\_\_\_
- Fotocopia del certificato Ente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ prot./rif. \_\_\_\_\_
- Fotocopia del certificato Ente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ prot./rif. \_\_\_\_\_
- Fotocopia del certificato Ente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ prot./rif. \_\_\_\_\_
- Fotocopia del certificato Ente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ prot./rif. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma per esteso e leggibile(1)**

**NOTA (1):**

La **firma** non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto.

Nel caso in cui la domanda di iscrizione alla graduatoria regionale venga spedita a mezzo raccomandata A.R. alla presente dichiarazione **dovrà essere allegata copia fotostatica del documento di identità del medico interessato.**

La mancanza di sottoscrizione comporta la nullità della dichiarazione sostitutiva.

**Da compilare, firmare e trasmettere obbligatoriamente  
solo in caso di trasmissione a mezzo PEC (Posta Elettronica Certificata)  
attenendosi alle indicazioni riportate in calce**

**DICHIARAZIONE**

*(ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e successive modifiche ed integrazioni)*

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa \_\_\_\_\_,

nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_,

indirizzo pec: \_\_\_\_\_

in riferimento alla domanda di iscrizione alla graduatoria unica regionale del Veneto per la medicina generale dell'anno **2017**,

**D I C H I A R A**

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste, in caso di dichiarazioni non veritiere,

1. di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di euro 16,00 tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo sul cartaceo della presente domanda trattenuto presso il/la sottoscritto/a; a tal proposito dichiara inoltre che la marca da bollo di euro 16,00 applicata è la seguente:

a. data e ora di emissione: \_\_\_\_\_

b. IDENTIFICATIVO n. \_\_\_\_\_

2. di conservare l'originale della domanda di cui sopra per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione;

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma per esteso e leggibile(1)**

**INDICAZIONI PER LA CORRETTA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA TRAMITE PEC:**

- 1) scaricare e stampare la modulistica;
- 2) compilare la domanda in tutte le parti che interessano, apporre data e firma ove indicato;
- 3) applicare la marca da bollo e annullarla firmandola e/o datandola *(ai sensi dell'art. 12 del DPR n. 642/1972, si precisa infatti che l'annullamento della marca deve avvenire "mediante perforazione o apposizione della sottoscrizione di una delle parti o della data o di un timbro parte su ciascuna marca, e parte sul foglio. Per l'annullamento deve essere usato inchiostro o matita copiativa. (...)  
E' vietato usare marche deteriorate o usate in precedenza")*;
- 4) eseguire una scansione di tutte le pagine da inviare e salvarle solo ed esclusivamente in formato pdf come unico file nominandolo come segue: cognome-nome-mm-g-2017.pdf (es. rossi-mario-mm-g-2017.pdf);
- 5) inviare il file di cui al punto precedente esclusivamente tramite indirizzo PEC nominativo personale del medico che presenta la domanda all'indirizzo: [convenzioni.ulss20.verona@pecveneto.it](mailto:convenzioni.ulss20.verona@pecveneto.it); l'oggetto del messaggio pec dev'essere lo stesso del file di cui al precedente punto 4.

**NOTA (1):**

La **firma** non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto.

Nel caso in cui la domanda di iscrizione alla graduatoria regionale venga spedita a mezzo raccomandata A.R. alla presente dichiarazione **dovrà essere allegata copia fotostatica del documento di identità del medico interessato.**

La mancanza di sottoscrizione comporta la nullità della dichiarazione sostitutiva.