



# REGIONE BASILICATA

## DOMANDA ANNUALE DI INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA REGIONALE DELLA MEDICINA GENERALE - ANNO 2022



Regione Basilicata  
Dipartimento Politiche della Persona  
Via Vincenzo Verrastro, 9  
85100 POTENZA

RACCOMANDATA A/R.

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Prov.   il \_\_\_\_\_ M  F  C.F.

Comune di residenza \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ Asl di residenza \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

### CHIEDE,

secondo quanto previsto dall'art. 15 dell'A.C.N. per la medicina generale 23/03/2005 e s.m.i.,

**Primo inserimento**  **Integrazione**

nella graduatoria regionale per la medicina generale, a valere per l'anno 2022, per tutti i settori di cui all'art.13.

A tal fine **acclude alla presente la seguente documentazione:**

- a) Dichiarazione sostitutiva di certificazione (Allegato A);
- b) Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (Allegato B);
- c) Copia fotostatica documento di riconoscimento

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

c/o \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

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

\*Ai sensi dell'art.38, comma 3, D.P.R. 445/2000 la firma non è soggetta ad autenticazione se inviata unitamente alla fotocopia, ancorché non autenticata, di un proprio documento di identità in corso di validità.

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

ALLEGATO A

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

Il sottoscritto Dott. .... C. F. ....  
residente a ..... prov. .... Via .....

*Ai sensi e agli effetti dell'art.46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R.*

## DICHIARA

- Di essere cittadino italiano;
- Di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE (specificare) .....
- Di essere cittadino del seguente Stato ..... ed in possesso di uno dei requisiti di cui all'art.38, commi 1 e 3bis del D.lgs n.165/2001 e s.m.i. (cfr. punto 1a delle "Avvertenze Generali");
- Di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di ..... dal .....a tutt'oggi;
- Di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di ..... in data ...../...../..... con voto ...../.....;
- Di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione il ...../...../..... presso l'Università di .....
- Di essere in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale (D.lgs 368/99 e s.m.i.) conseguito il ...../...../..... presso la Regione .....  
data di inizio corso \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| data di fine corso \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|
- Di essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale del triennio \_\_\_\_/\_\_\_\_ iniziato il \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_ presso la Regione ..... con previsione di conseguimento del titolo entro il 15 settembre p.v. (cfr. punto 1d delle "Avvertenze Generali");
- Di essere in possesso della specializzazione in discipline equipollenti o affini a quella di medicina generale:
  - a) ..... conseguita presso l'Università di ..... in data .....
  - b) ..... conseguita presso l'Università di ..... in data .....
- Di essere in possesso di certificato di conoscenza della lingua inglese conseguito il \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| presso .....
- Di essere in possesso della Patente Europea per l'utilizzo del PC conseguita in data \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| presso .....
- Di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale conseguito presso ..... in data \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|
- Di non fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- Di non fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente ( tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni della "quota A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM).

Data \_\_\_\_\_

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

*\* Ai sensi dell'art.38, comma 3, D.P.R. 445/2000 la firma non è soggetta ad autenticazione se inviata unitamente alla fotocopia, ancorché non autenticata, di un proprio documento di identità in corso di validità.*

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**

(TITOLI DI SERVIZIO ED ATTIVITA' SVOLTA)

Il sottoscritto Dott. .... C. F. ....  
 residente a ..... prov. .... Via .....

*Ai sensi e agli effetti dell'art. 46 e dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R.*

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

di aver conseguito i seguenti titoli:

DA RIEMPIRE A CURA DEL MEDICO	PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO
<b>I - Titoli accademici o di studio</b>	
- Diploma di laurea conseguito con voti da 100/110 a 104/110 o da 90/100 a 94/100: (punti 0,30) – voto _____/110 (punti 0,30) – voto _____/100	= punti
Diploma di laurea conseguito con voti da 105/110 a 109/110 o da 95/100 a 99/100: (punti 0,50) – voto _____/110 (punti 0,50) – voto _____/100	
Diploma di laurea conseguito con voto 110/110 e lode o 100/100 e lode: (punti 1,00) – voto _____/110 (punti 1,00) – voto _____/100	
- Specializzazione in discipline equipollenti ed affini a quella di medicina generale ai sensi della normativa vigente specializzazione in _____ specializzazione in _____ specializzazione in _____	Totale n. _ X 0,50 = punti
- Attestato di formazione specifica in medicina generale di cui al D.lgs. 17 agosto 1999, n. 368 e s.m.i. : (punti 7,20) Conseguito il ___/___/___ presso: _____ Data inizio corso ___/___/___ Data fine corso ___/___/___ Anno di frequenza <input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3°	= punti
- certificato di conoscenza della lingua inglese <b>documentata</b> dal possesso di certificato non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE) da allegare alla presente (cfr. punto 6 delle "Avvertenze Generali") : (punti 0,20) Conseguito il ___/___/___ presso: _____	= punti
- certificato di conoscenza dei principali programmi informatici <b>documentata</b> dal possesso della Patente Europea per l'utilizzo del PC (ECDL) da allegare alla presente (cfr. punto 7 delle "Avvertenze Generali") : (punti 0,20) Conseguito il ___/___/___ presso: _____	= punti
<b>II – Titoli di servizio</b>	
- Attività di medico di <b>assistenza primaria convenzionato</b> , con incarico a tempo indeterminato o con incarico provvisorio, prestata <b>nell'ambito della Regione Basilicata</b> : (0,30 punti per mese di attività)	Totale mesi x 0,30  =punti
ASL _____ distretto n. _____ dal ___/___/___ al ___/___/___	
ASL _____ distretto n. _____ dal ___/___/___ al ___/___/___	
ASL _____ distretto n. _____ dal ___/___/___ al ___/___/___	
ASL _____ distretto n. _____ dal ___/___/___ al ___/___/___	
ASL _____ distretto n. _____ dal ___/___/___ al ___/___/___	
ASL _____ distretto n. _____ dal ___/___/___ al ___/___/___	
ASL _____ distretto n. _____ dal ___/___/___ al ___/___/___	

<p>- Attività di medico di <b>assistenza primaria convenzionato</b>, con incarico a tempo indeterminato o con incarico provvisorio, prestata nell'ambito di <b>altra Regione</b> (specificare): _____ (0,20 punti per mese di attività)</p>				<p>Totale mesi x 0,20</p> <p>=p.</p>
ASL _____	distretto n. _____	dal ____/____/____	al ____/____/____	
ASL _____	distretto n. _____	dal ____/____/____	al ____/____/____	
ASL _____	distretto n. _____	dal ____/____/____	al ____/____/____	
ASL _____	distretto n. _____	dal ____/____/____	al ____/____/____	
ASL _____	distretto n. _____	dal ____/____/____	al ____/____/____	
ASL _____	distretto n. _____	dal ____/____/____	al ____/____/____	
<p>- <b>Attività di sostituzione del medico di assistenza primaria convenzionato</b> solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi):</p>				<p>Totale mesi x 0,20</p> <p>=p.</p>
ASL _____	distretto n. _____	medico* _____	dal ____/____/____ al ____/____/____	
ASL _____	distretto n. _____	medico* _____	dal ____/____/____ al ____/____/____	
ASL _____	distretto n. _____	medico* _____	dal ____/____/____ al ____/____/____	
ASL _____	distretto n. _____	medico* _____	dal ____/____/____ al ____/____/____	
ASL _____	distretto n. _____	medico* _____	dal ____/____/____ al ____/____/____	
ASL _____	distretto n. _____	medico* _____	dal ____/____/____ al ____/____/____	
ASL _____	distretto n. _____	medico* _____	dal ____/____/____ al ____/____/____	
ASL _____	distretto n. _____	medico* _____	dal ____/____/____ al ____/____/____	
ASL _____	distretto n. _____	medico* _____	dal ____/____/____ al ____/____/____	
<p>* inserire il nome del medico sostituito</p>				
<p>- <b>Stessa attività</b> di cui al punto precedente dovuta ad <b>attività sindacale</b> del titolare, 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): (0,20 punti per mese di attività)</p>				<p>Totale mesi x 0,20</p> <p>=p.</p>
ASL _____	distretto n. _____	medico* _____	dal ____/____/____ al ____/____/____ ore ____	
ASL _____	distretto n. _____	medico* _____	dal ____/____/____ al ____/____/____ ore ____	
ASL _____	distretto n. _____	medico* _____	dal ____/____/____ al ____/____/____ ore ____	
ASL _____	distretto n. _____	medico* _____	dal ____/____/____ al ____/____/____ ore ____	
ASL _____	distretto n. _____	medico* _____	dal ____/____/____ al ____/____/____ ore ____	
ASL _____	distretto n. _____	medico* _____	dal ____/____/____ al ____/____/____ ore ____	
<p>Le sostituzioni sono valutabili solo se effettuate a medico di medicina generale con più di 100 utenti e a medico pediatria con almeno 70 utenti.</p>				
<p>-Servizio effettivo di medico di <b>continuità assistenziale</b>, con incarico a tempo indeterminato, determinato, provvisorio o di sostituzione: (0,20 punti per mese, ragguagliato a 96 ore di attività)</p>				<p>Totale mesi x 0,20</p> <p>=p.</p>
Servizio a tempo _____		Anno _____		
Gennaio	dal ____ al ____	ore ____	A.S.L. _____ distretto n. _____	
Febbraio	dal ____ al ____	ore ____	A.S.L. _____ distretto n. _____	
Marzo	dal ____ al ____	ore ____	A.S.L. _____ distretto n. _____	
Aprile	dal ____ al ____	ore ____	A.S.L. _____ distretto n. _____	
Maggio	dal ____ al ____	ore ____	A.S.L. _____ distretto n. _____	
Giugno	dal ____ al ____	ore ____	A.S.L. _____ distretto n. _____	
Luglio	dal ____ al ____	ore ____	A.S.L. _____ distretto n. _____	
Agosto	dal ____ al ____	ore ____	A.S.L. _____ distretto n. _____	
Settembre	dal ____ al ____	ore ____	A.S.L. _____ distretto n. _____	
Ottobre	dal ____ al ____	ore ____	A.S.L. _____ distretto n. _____	
Novembre	dal ____ al ____	ore ____	A.S.L. _____ distretto n. _____	
Dicembre	dal ____ al ____	ore ____	A.S.L. _____ distretto n. _____	
<p><b>N.B. indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio.</b></p>				

<p>- Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato, provvisorio o di sostituzione nella <b>emergenza sanitaria territoriale</b>: (0,20 punti per mese)</p> <p>Servizio a tempo _____ Anno _____</p> <p>Gennaio dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto n. _____</p> <p>Febbraio dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto n. _____</p> <p>Marzo dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto n. _____</p> <p>Aprile dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto n. _____</p> <p>Maggio dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto n. _____</p> <p>Giugno dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto n. _____</p> <p>Luglio dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto n. _____</p> <p>Agosto dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto n. _____</p> <p>Settembre dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto n. _____</p> <p>Ottobre dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto n. _____</p> <p>Novembre dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto n. _____</p> <p>Dicembre dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto n. _____</p> <p><b>N.B. indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio. Il servizio di che trattasi è solo quello svolto con incarico conferito ai sensi dell'ACN per la Medicina Generale</b></p>	<p>Totale mesi x 0,20</p> <p>=p.</p>
<p>- Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o di sostituzione nella <b>medicina dei servizi territoriali</b>: (0,20 punti per mese, ragguagliato a 96 ore di attività)</p> <p>Servizio a tempo _____ Anno _____</p> <p>Gennaio dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto n. _____</p> <p>Febbraio dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto n. _____</p> <p>Marzo dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto n. _____</p> <p>Aprile dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto n. _____</p> <p>Maggio dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto n. _____</p> <p>Giugno dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto n. _____</p> <p>Luglio dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto n. _____</p> <p>Agosto dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto n. _____</p> <p>Settembre dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto n. _____</p> <p>Ottobre dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto n. _____</p> <p>Novembre dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto n. _____</p> <p>Dicembre dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ distretto n. _____</p> <p><b>N.B. indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio. Il servizio di che trattasi è solo quello svolto con incarico conferito ai sensi dell'ACN</b></p>	<p>Totale mesi x 0,20</p> <p>=p.</p>
<p>- Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione di <b>medico di assistenza penitenziaria</b>/servizio effettivo in rapporto di convenzionamento con il SSN, presso gli Istituti penitenziari: (0,20 punti per mese, ragguagliato a 96 ore di attività)</p> <p>Servizio a tempo _____ Anno _____</p> <p>Gennaio dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ Istituto _____</p> <p>Febbraio dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ Istituto _____</p> <p>Marzo dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ Istituto _____</p> <p>Aprile dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ Istituto _____</p> <p>Maggio dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ Istituto _____</p> <p>Giugno dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ Istituto _____</p> <p>Luglio dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ Istituto _____</p> <p>Agosto dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ Istituto _____</p> <p>Settembre dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ Istituto _____</p> <p>Ottobre dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ Istituto _____</p> <p>Novembre dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ Istituto _____</p> <p>Dicembre dal _____ al _____ ore _____ A.S.L. _____ Istituto _____</p> <p><b>N.B. Il servizio di che trattasi è solo quello svolto con incarico conferito ai sensi dell'ACN</b></p>	<p>Totale mesi x 0,20</p> <p>=p.</p>

<p>- Attività di <b>medico addetto all'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari</b> sia a tempo indeterminato che di sostituzione per conto del Ministero di Giustizia, ai sensi della L. 9 ottobre 1970, n. 740: (0,20 punti per mese)</p> <p>Servizio a tempo _____ Anno _____</p> <p>dal ____/____/____ al ____/____/____ Istituto _____</p> <p>dal ____/____/____ al ____/____/____ Istituto _____</p> <p>dal ____/____/____ al ____/____/____ Istituto _____</p> <p>dal ____/____/____ al ____/____/____ Istituto _____</p> <p>dal ____/____/____ al ____/____/____ Istituto _____</p> <p>dal ____/____/____ al ____/____/____ Istituto _____</p> <p>dal ____/____/____ al ____/____/____ Istituto _____</p> <p>dal ____/____/____ al ____/____/____ Istituto _____</p> <p>dal ____/____/____ al ____/____/____ Istituto _____</p>	<p>Totale mesi x 0,20</p> <p>=p.</p>
<p>- Servizio effettivo nelle <b>attività territoriali programmate:</b> (per ogni mese di attività corrispondente a 52 ore)</p> <p>_____ Anno _____</p> <p>Gennaio dal ____ al ____ ore ____ A.S.L. _____ distretto n. _____</p> <p>Febbraio dal ____ al ____ ore ____ A.S.L. _____ distretto n. _____</p> <p>Marzo dal ____ al ____ ore ____ A.S.L. _____ distretto n. _____</p> <p>Aprile dal ____ al ____ ore ____ A.S.L. _____ distretto n. _____</p> <p>Maggio dal ____ al ____ ore ____ A.S.L. _____ distretto n. _____</p> <p>Giugno dal ____ al ____ ore ____ A.S.L. _____ distretto n. _____</p> <p>Luglio dal ____ al ____ ore ____ A.S.L. _____ distretto n. _____</p> <p>Agosto dal ____ al ____ ore ____ A.S.L. _____ distretto n. _____</p> <p>Settembre dal ____ al ____ ore ____ A.S.L. _____ distretto n. _____</p> <p>Ottobre dal ____ al ____ ore ____ A.S.L. _____ distretto n. _____</p> <p>Novembre dal ____ al ____ ore ____ A.S.L. _____ distretto n. _____</p> <p>Dicembre dal ____ al ____ ore ____ A.S.L. _____ distretto n. _____</p> <p><b>N.B. indicare i riferimenti normativi a base dell'attività.</b></p>	<p>Totale mesi x 0,10</p> <p>=p.</p>
<p>- <b>Turni di reperibilità programmata</b> nei servizi territoriali, di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale, ai sensi del presente accordo: (per ogni mese corrispondente a 96 ore di attività)</p> <p>_____ Anno _____</p> <p>Gennaio dal ____ al ____ ore ____ A.S.L. _____ distretto n. _____</p> <p>Febbraio dal ____ al ____ ore ____ A.S.L. _____ distretto n. _____</p> <p>Marzo dal ____ al ____ ore ____ A.S.L. _____ distretto n. _____</p> <p>Aprile dal ____ al ____ ore ____ A.S.L. _____ distretto n. _____</p> <p>Maggio dal ____ al ____ ore ____ A.S.L. _____ distretto n. _____</p> <p>Giugno dal ____ al ____ ore ____ A.S.L. _____ distretto n. _____</p> <p>Luglio dal ____ al ____ ore ____ A.S.L. _____ distretto n. _____</p> <p>Agosto dal ____ al ____ ore ____ A.S.L. _____ distretto n. _____</p> <p>Settembre dal ____ al ____ ore ____ A.S.L. _____ distretto n. _____</p> <p>Ottobre dal ____ al ____ ore ____ A.S.L. _____ distretto n. _____</p> <p>Novembre dal ____ al ____ ore ____ A.S.L. _____ distretto n. _____</p> <p>Dicembre dal ____ al ____ ore ____ A.S.L. _____ distretto n. _____</p> <p><b>N.B. indicare i riferimenti normativi a base dell'attività.</b></p>	<p>Totale mesi x 0,05</p> <p>=p.</p>

<p><b>- Attività medica di assistenza ai turisti</b> organizzata dalle Regioni o dalle Aziende: (0,20 punti per mese)</p> <p>ASL _____ distretto n. _____ dal ____/____/____ al ____/____/____</p> <p>ASL _____ distretto n. _____ dal ____/____/____ al ____/____/____</p> <p>ASL _____ distretto n. _____ dal ____/____/____ al ____/____/____</p> <p>ASL _____ distretto n. _____ dal ____/____/____ al ____/____/____</p>	<p>Totale mesi x 0,20</p> <p>=p.</p>
<p>- Attività, anche in forma di sostituzione, di <b>medico pediatra di libera scelta</b> se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi*: (0,10 punti per mese di attività)</p> <p>ASL _____ distretto n. _____ medico* _____ dal ____/____/____ al ____/____/____</p> <p>ASL _____ distretto n. _____ medico* _____ dal ____/____/____ al ____/____/____</p> <p>ASL _____ distretto n. _____ medico* _____ dal ____/____/____ al ____/____/____</p> <p>ASL _____ distretto n. _____ medico* _____ dal ____/____/____ al ____/____/____</p> <p>ASL _____ distretto n. _____ medico* _____ dal ____/____/____ al ____/____/____</p> <p><i>* Inserire il nome del medico sostituito</i></p>	<p>Totale mesi x 0,10</p> <p>= p.</p>
<p>- Medico <b>specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna; medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici;</b> medico <b>generico fiduciario</b> e medico di ambulatorio convenzionato per il servizio di <b>assistenza ai naviganti:</b> (0,05 punti per mese di attività)</p> <p>dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____</p> <p>dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____</p> <p>dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____</p> <p>dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____</p>	<p>Totale mesi x 0,05</p> <p>=p.</p>
<p>- <b>Servizio militare di leva</b> (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: (0,10 punti per mese)</p> <p>dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____</p>	<p>Totale mesi x 0,10</p> <p>= p.</p>
<p>- <b>Servizio militare di leva</b> (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 limitatamente al periodo di concomitanza**: (punti 0,20 per mese)</p> <p>dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____</p> <p><i>** occorre presentare copia dei provvedimenti di incarico e di cessazione dal servizio.</i></p>	<p>Totale Mesi x 0,20</p> <p>= p.</p>
<p><b>Servizio civile volontario</b> espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della Legge n.64/2001, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia**: (punti 0,10 per mese, per un massimo di 12 mesi)</p> <p>dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____</p> <p>dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____</p> <p><i>** occorre presentare copia dei provvedimenti di incarico e di cessazione dal servizio.</i></p>	<p>Totale Mesi x 0,10</p> <p>=p.</p>
<p><b>Servizio civile volontario</b> espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della Legge n.64/2001, svolto in concomitanza di incarico convenzionale conferito da Azienda Sanitaria nell'area della medicina generale e solo per il periodo concomitante con tale incarico**: (punti 0,20 per mese, per un massimo di 12 mesi)</p> <p>dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____</p> <p>dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____</p> <p><i>** occorre presentare copia dei provvedimenti di incarico e di cessazione dal servizio.</i></p>	<p>Totale Mesi x 0,20</p> <p>=p.</p>
<p>- Attività di <b>ufficiale medico militare</b> in servizio permanente effettivo, di medico della Polizia di Stato**: (punti 0,20 per mese)</p> <p>dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____</p> <p><i>** occorre presentare copia dei provvedimenti di incarico e di cessazione dal servizio.</i></p>	<p>Totale Mesi x 0,20</p> <p>= p.</p>

<p><b>- Servizio prestato presso aziende termali</b>, (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 ogni mese complessivo di attività)</p> <p>dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____  dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____  dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____  dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____</p> <p>*** servizio prestato c/o Aziende Termali private accreditate in qualità di dipendente a tempo pieno, con rapporto di lavoro esclusivo e orario non inferiore a 35 settimanali.</p>	<p>Totale mesi x 0,20</p> <p>=p.</p>
<p><b>- Servizio effettivo, svolto in paesi dell'Unione Europea</b>, riconducibile all'attività di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale e di emergenza territoriale; servizio prestato ai sensi della legge 11 agosto 2014, n. 125 e assistenza sanitaria prestata da medici italiani ai sensi del Decreto Ministeriale 1 settembre 1988 n. 430**** (0,20 punti per ciascun mese complessivo)</p> <p>dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____  dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____  dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____</p> <p>**** Il servizio deve essere attestato con certificati, in originale o copia conforme all'originale, sottoscritti dal legale rappresentante dell'Ente, con allegata la traduzione in lingua italiana certificata, vistati per conferma dalla competente autorità consolare italiana all'estero. Per i servizi sanitari prestati all'estero per i quali è previsto uno specifico provvedimento di riconoscimento (art.124, comma 2, D.Lgs. 112/98) è necessario allegare copia di detto provvedimento.</p>	<p>Totale mesi x 0,20</p> <p>=p.</p>
<p>- Decreto Legislativo n. 151/2001 art.22 – commi 3 e 5 - "Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell'art. 15 della Legge n. 53/2000". <b>Astensione anticipata o astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio</b> durante il periodo di incarico nell'area della medicina generale.</p> <p>dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____  dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____</p>	
<p>Il sottoscritto dichiara inoltre:</p> <p>- di <input type="checkbox"/> non avere <input type="checkbox"/> avere subito provvedimenti di revoca del rapporto convenzionale di medico di medicina generale. In caso affermativo indicare la data di revoca del rapporto convenzionale ___/___/___ e l'Azienda che ha adottato il provvedimento _____;</p> <p>- che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1).</p> <p>Data _____ firma per esteso _____ (2)</p> <p><small>1) Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del DPR 445/2000).  (2) Ai sensi dell'art.38, comma 3, D.P.R. 445/2000 la firma non è soggetta ad autenticazione se inviata unitamente alla fotocopia, ancorché non autenticata, di un proprio documento di identità in corso di validità.</small></p>	



## AVVERTENZE GENERALI

1. I medici che aspirano all'iscrizione nella graduatoria devono presentare annualmente la propria domanda e possedere, alla data di scadenza dei termini per la presentazione della stessa (31 gennaio), i seguenti requisiti:
  - a. cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE. Possono chiedere l'iscrizione i familiari di cittadini europei non aventi la cittadinanza di uno Stato membro che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente, i cittadini di Paesi terzi che siano titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o che siano titolari dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria;
  - b. diploma di laurea in Medicina e Chirurgia;
  - c. iscrizione all'Albo professionale;
  - d. titolo di formazione specifica in medicina generale o titolo equipollente di cui al D.lgs., 368/1999 e s.m.i (abilitazione all'esercizio professionale conseguita entro il 31 dicembre 1994). Possono presentare domanda i medici che nell'anno acquisiranno il titolo di formazione, che dovrà essere posseduto ed autocertificato entro il 15 settembre p.v.;
2. I medici allegano alla domanda le dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio concernenti i titoli valutabili ai fini della graduatoria. La mancata autocertificazione dell'iscrizione all'Ordine dei Medici comporta l'esclusione dalla graduatoria. Possono presentare annualmente allegati integrativi dei titoli aggiuntivi rispetto a quelli precedentemente presentati.
3. La domanda, in bollo, deve essere prodotta all'Assessorato regionale alla Sanità con modalità **Raccomandata A.R. entro il 31 gennaio di ogni anno.**
4. La mancata sottoscrizione della domanda o della dichiarazione sostitutiva, la sottoscrizione delle dichiarazioni non corredate dal documento di riconoscimento in corso di validità, la trasmissione oltre il termine di scadenza comportano l'esclusione dalla graduatoria.
5. I titoli devono essere documentati:
  - a. con dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell'art.46 del DPR 445/2000 (Allegato A alla domanda), per i titoli accademici e di studio;
  - b. con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, ai sensi dell'art.47 del DPR n. 445/2000, (Allegato B alla domanda), per i titoli di servizio prestato presso una Amministrazione Pubblica o un gestore di Pubblico Servizio;
  - c. i titoli conseguiti presso soggetti privati o esteri devono essere allegati alla domanda di partecipazione in originale o in copia legale o autenticata ai sensi di legge.

Ai fini dell'attribuzione del relativo punteggio, le dichiarazioni sostitutive allegate devono essere tali da poterne consentire la valutazione e non si terrà conto di quelle dalle quali non è possibile dedurre i dati di valutazione o altre informazioni utili ai fini degli accertamenti di cui al DPR 445/2000 e s.m.i..

L'omissione o l'incompletezza dei dati comporteranno la non attribuzione dei relativi punteggi. L'autocertificazione dovrà pertanto indicare esattamente il numero delle ore di attività svolte, il periodo di svolgimento e l'Azienda/Ente presso la quale è stata svolta l'attività.

Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere.

6. La conoscenza della lingua inglese (Allegato A) deve essere documentata dal possesso di certificato non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE) da allegare alla domanda di partecipazione **in originale o in copia legale o autenticata ai sensi di legge.**
7. La conoscenza dei principali programmi informatici deve essere documentata dalla certificazione ECDL da allegare alla domanda di partecipazione **in originale o in copia legale o autenticata ai sensi di legge.**
8. Ai fini della graduatoria sono valutabili solo i titoli accademici, di studio e di servizio posseduti al 31 dicembre dell'anno precedente, nonché il diploma di formazione specifica in medicina generale conseguito ed autocertificato perentoriamente entro il 15 settembre del corrente anno come da comunicazione da inviare via PEC al seguente indirizzo: [sanita@cert.regione.basilicata.it](mailto:sanita@cert.regione.basilicata.it).

## INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Regolamento Europeo 27 aprile 2016 n.2016/679/UE e del Codice della Privacy, D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 modificato dal D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101, si informa che:

- I dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente per le finalità strettamente necessarie e connesse alla formazione ed utilizzo della graduatoria regionale di medicina generale valida per l'anno 2020. Per tali finalità, l'acquisizione dei dati è necessaria e il loro mancato conferimento, o una loro omissione, comporterà l'esclusione dalla procedura.
- Il trattamento viene effettuato mediante strumenti cartacei, informatici, telematici e telefonici.
- L'interessato ha diritto di accedere ai dati che lo riguardano, di chiederne l'aggiornamento, la rettifica l'integrazione e la cancellazione se non pertinenti o raccolti in modo non conforme alle norme. L'interessato può, altresì, opporsi al trattamento per motivi legittimi.
- I dati personali saranno pubblicati sul sito istituzionale e sul Bollettino Ufficiale della Regione Basilicata.
- Titolare del trattamento dei dati è l'Ente Regione Basilicata.
- Responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente dell'Ufficio Autorizzazione, Accreditamento e Medicina Convenzionata.

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

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_