

1. aver conseguito la laurea in medicina e chirurgia, presso l'Università degli Studi di _____
in data ____/____/____ con voto _____/110_____**;
*** se il voto di laurea non è espresso su 110 ma su 100, occorre specificarlo*
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 ____/____/____;
 - b) _____ dal ____/____/____ al ____/____/____;
5. [] essere in possesso del titolo di formazione in medicina generale di cui al D.Lgs. n. 368/99 e smi; in caso di possesso specificare quanto segue:
conseguito il ____/____/____ presso _____
_____ frequenza dal ____/____/____ al ____/____/____;
6. [] non essere in possesso del titolo di formazione in medicina generale di cui al D.Lgs. n. 368/99 e smi, ma di acquisirlo nell'anno. **Al riguardo si impegna ad autocertificare l'avvenuto possesso entro il 15/09/2019 ai fini dell'inserimento nella graduatoria provvisoria di cui al comma 5 del nuovo art. 15 come introdotto dall'art. 2 dell'ACN MG 21/06/2018;**
7. [] [con riferimento a quanto previsto dal Decreto Legge 14 dicembre 2018, n. 135, art. 9 (§)] di essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al D.Lgs. n. 368/99 e smi:
iscritto al ____ anno presso la Regione _____,
con frequenza dal ____/____/____ al ____/____/____ [indicare la data presunta];
8. [] essere [] non essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale, rilasciato dopo la frequenza dell'apposito corso di formazione previsto ai sensi dell'art. 96 dell'ACN MG 23/03/2005 e smi:
conseguito il ____/____/____ presso _____
_____ frequenza dal ____/____/____ al ____/____/____;
9. [] 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 _____;
10. [] non avere [] avere subito provvedimenti di revoca o decadenza del rapporto convenzionale ai sensi dei rispettivi Accordi Collettivi Nazionali (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 _____);
11. [] di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali, ex art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016, allegata al presente avviso;

12. [] di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e del Regolamento Europeo n. 679/2016, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti.

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 31/12/2018** (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./PEC 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

L'Accordo Collettivo Nazionale della medicina generale recepito in Conferenza Stato-Regioni in data 21/06/2018 ha riformulato agli articoli 2 e 3 rispettivamente i precedenti articoli 15 "Graduatoria regionale" e 16 "Titoli per la formazione delle graduatorie" introducendo alcune novità sia nei requisiti di accesso alla graduatoria sia nel riconoscimento del relativo punteggio a titoli accademici e di servizio.

A valere dalla graduatoria valida per l'anno 2020 (presente domanda) si applicheranno le nuove disposizioni.

REQUISITI PER L'ACCESSO ALLA GRADUATORIA:

- 1) diploma di laurea in medicina e chirurgia e iscrizione al relativo Albo Professionale;
- 2) cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti;
- 3) 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);
- 4) non essere in possesso del titolo di formazione in medicina generale di cui al D.Lgs. n. 368/99 e smi, ma di acquisirlo nell'anno. **Al riguardo il candidato si impegna ad autocertificare l'avvenuto possesso entro il 15/09/2019 ai fini dell'inserimento nella graduatoria provvisoria di cui al comma 5 del nuovo art. 15 come introdotto dall'art. 2 dell'ACN MG 21/06/2018;**
- 5) ai sensi del Decreto Legge 14 dicembre 2018, n. 135, art. 9, di essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al D.Lgs. n. 368/99 e smi (§);

Ai fini dell'inclusione nella graduatoria regionale, valida per l'anno 2020, **i medici che conseguiranno il diploma di formazione specifica in medicina generale entro il termine perentorio del 15/09/2019 possono presentare** domanda debitamente compilata e sottoscritta come da schema allegato e **in regola con le vigenti norme sull'imposta di bollo**, sempre entro il termine del 31 gennaio 2019. Il titolo deve essere posseduto ed autocertificato all'Azienda Zero entro il 15 settembre 2019.

(§) Inoltre, ai sensi e per gli effetti del **Decreto Legge 14 dicembre 2018, n. 135, art. 9**, si precisa che, ai fini dell'inclusione nella graduatoria regionale, valida per l'anno 2020, **i medici che non sono in possesso del titolo di formazione in medicina generale di cui al D.Lgs. n. 368/99 e smi ma che sono iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale, possono presentare** domanda, debitamente compilata e sottoscritta come da schema allegato e **in regola con le vigenti norme sull'imposta di bollo**, sempre entro il termine del 31 gennaio 2019.

L'inserimento nella graduatoria sarà subordinata al recepimento del nuovo Accordo collettivo nazionale come disposto dal comma 3, art. 9 del D.L. 14.12.2018, n. 135:

"Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore dello stesso, in sede di Accordo collettivo nazionale, saranno individuati i criteri di priorità per l'inserimento nelle graduatorie regionali dei medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale, per l'assegnazione degli incarichi convenzionali."

Inoltre, ai sensi del comma 1 del medesimo art. 9 *"L'assegnazione degli incarichi convenzionali è in ogni caso subordinata rispetto a quella dei medici in possesso del relativo diploma e agli altri medici aventi, a qualsiasi titolo, diritto all'inserimento nella graduatoria regionale, in forza di altra disposizione. Resta fermo, per l'assegnazione degli incarichi per l'emergenza sanitaria territoriale, il requisito del possesso dell'attestato d'idoneità all'esercizio dell'emergenza sanitaria territoriale."*

Il mancato conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale entro il termine previsto dal corso di rispettiva frequenza, comporta la cancellazione dalla graduatoria regionale e la decadenza dall'eventuale incarico assegnato."

La domanda, indirizzata all'AZIENDA ZERO - UOC GESTIONE RISORSE UMANE - PASSAGGIO LUIGI GAUDENZIO, 1 - 35131 PADOVA, può essere consegnata a mano (solo c/o Ufficio Protocollo - Passaggio Luigi Gaudenzio, 1 - Padova) 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: protocollo.azero@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 PRESENTE PROCEDURA:

- 1) LA MANCANZA DELLA FIRMA NELLA DOMANDA;
- 2) LA MANCATA TRASMISSIONE IN ALLEGATO ALLA DOMANDA DI COPIA DI UN VALIDO DOCUMENTO DI IDENTITÀ;
- 3) 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);
- 4) LA MANCANZA della CITTADINANZA italiana o di altro Paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti;
- 5) LA MANCATA TRASMISSIONE DELLA DOMANDA ENTRO IL PREDETTO TERMINE PERENTORIO DEL **31/01/2019** CON LE MODALITÀ SOPRA ELENCATE.

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 e s.m.i., 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 e s.m.i. (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 e s.m.i., 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./PEC, alla presente dichiarazione dovrà essere allegata copia fotostatica di un valido 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 D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.). 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 e s.m.i..

N.B. Ai sensi del nuovo art. 16, comma 1, punto II, par. 4, riformulato dall'art. 3 dell'ACN Medicina generale del 21/06/2018: "Il servizio effettivo indicato dal presente articolo è determinato dalle sole ore di attività svolta ed i periodi di sospensione dall'attività convenzionale non concorrono al computo, ad eccezione del periodo di astensione obbligatoria o anticipata per gravidanza."

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 delle dichiarazioni dalle quali 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 049/8778261

Sito Internet => <https://salute.regione.veneto.it/aziendazero>

Email => risorse.umane@azero.veneto.it

NOTA BENE

Principi applicabili a tutti i trattamenti effettuati da soggetti pubblici – del Regolamento Europeo n. 679/2016 e normativa nazionale di riferimento in particolare il D.Lgs. n. 196/2003 e il D.Lgs. n. 101/2018: i dati personali che l'Azienda Zero 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, recepito mediante Intesa del 23/03/2005 e s.m.i.. Gli indirizzi di residenza/posta elettronica/pec e recapiti telefonici potranno essere forniti alle UU.LL.SS.SS. del Veneto ai fini del conferimento di incarichi (si invita a indicare il proprio indirizzo PEC).

INFORMATIVA
per il trattamento dei dati personali,
ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016

1. Premessa

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016, l'Azienda Zero della Regione Veneto, in qualità di "Titolare" del trattamento, è tenuta a fornire le informazioni in merito all'utilizzo dei suoi dati personali.

2. Identità e dati di contatto del titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento dei dati personali di cui alla presente informativa è l'Azienda Zero della Regione Veneto, con sede a Padova (cap.: 35131) – Passaggio Luigi Gaudenzio, 1.

Al fine di semplificare le modalità di inoltro e ridurre i tempi per il riscontro si invita a presentare le richieste di cui al paragrafo n. 9, all'Azienda Zero – UOC Gestione Risorse Umane, al seguente indirizzo di posta elettronica certificata (PEC): protocollo.azero@pecveneto.it.

3. Responsabile della protezione dei dati personali

L'Azienda Zero ha designato quale Responsabile della protezione dei dati l'avv. Piergiorgio Cervato, dello Studio Legale Cervato Law & Business, con sede a Padova, Via Niccolò Tommaseo n. 78/C.

4. Soggetti autorizzati al trattamento

I Suoi dati personali sono trattati da personale interno previamente autorizzato e designato quale incaricato del trattamento, cui sono impartite idonee istruzioni in ordine a misure, accorgimenti, modus operandi, tutti volti alla concreta tutela dei Suoi dati personali.

5. Finalità e base giuridica del trattamento

Il trattamento dei Suoi dati personali viene effettuato dall'Azienda Zero per gli adempimenti previsti per legge finalizzati alla stesura della graduatoria regionale di Medicina Generale per l'anno 2020.

6. Destinatari dei dati personali

I Suoi dati personali saranno oggetto di comunicazione ad altre Pubbliche Amministrazioni per l'effettuazione delle verifiche relative alla veridicità delle dichiarazioni sostitutive ai sensi del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, nonché per l'acquisizione, ai sensi delle vigenti disposizioni legislative, della documentazione necessaria in caso dell'eventuale instaurazione del rapporto di convenzionamento con le Aziende ULSS della Regione del Veneto.

7. Trasferimento dei dati personali ai Paesi extra UE

I Suoi dati personali non sono trasferiti al di fuori dell'Unione Europea.

8. Periodo di conservazione

I Suoi dati personali sono conservati per un periodo di 10 anni dalla data del provvedimento di presa d'atto dell'esito del presente procedimento.

9. I Suoi diritti

Nella Sua qualità di interessato, Lei potrà esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento Europeo n. 679/2016, tra cui il diritto:

- di accesso ai dati personali
- di ottenere la rettifica dei dati personali inesatti
- di ottenere la cancellazione dei dati personali qualora non fossero più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti nonché nel caso in cui i dati personali siano stati trattati illecitamente
- di opporsi al trattamento dei propri dati personali
- di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali

10. Conferimento dei dati

Il conferimento dei Suoi dati è necessario per le finalità sopra indicate.

Il mancato conferimento comporterà l'esclusione dalla partecipazione al presente procedimento.

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 ___/___/_____,
 cittadinanza _____
 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:

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

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_____*; *se il voto di laurea non è espresso su 110 ma su 100, occorre specificarlo (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 in <u>discipline equipollenti</u> a quella di medicina generale ai sensi della normativa vigente (0,50 punti per ciascuna specializzazione) 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 in <u>discipline affini</u> a quella di medicina generale ai sensi della normativa vigente (0,50 punti per ciascuna specializzazione) specializzazione in _____ presso l'Università degli Studi di _____

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 _____ specializzazione in _____ presso l'Università degli Studi di _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 _____ 4) Titolo di formazione in medicina generale di cui e al D.Lgs. n. 368/99 e smi (7,20 punti) frequenza dal _____ al (*) _____ conseguito il (*) _____ presso _____ numero di telefono _____ numero di fax _____ (*) per i medici che non hanno ancora concluso il corso, indicare la data presunta, specificando "data presunta"
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5) Conoscenza della lingua inglese documentata dal possesso di certificato non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE) (complessivamente 0,20 punti) conseguito in data ___/___/____ presso _____ indirizzo _____ numero di telefono _____ numero di fax _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6) Conoscenza dei principali programmi informatici documentata dal possesso della Patente Europea per l'utilizzo del PC (ECDL) (complessivamente 0,20 punti) conseguito in data ___/___/____ presso _____ indirizzo _____ numero di telefono _____ numero di fax _____

- 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./PEC 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.]

A (1)	B (2)	II - Titoli di servizio
		5) Attività di medico di assistenza primaria convenzionato , sia con a tempo indeterminato e che con incarico provvisorio, prestata nella Regione del Veneto . (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
		6) Attività di medico di assistenza primaria convenzionato , sia con a tempo indeterminato e che con incarico provvisorio, prestata fuori dalla Regione del Veneto . (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
		¹ indicare altresì l'esatto indirizzo dell'ULSS/ASL utilizzando la parte finale del presente Allegato

9) **Servizio effettivo** di medico di continuità assistenziale con incarico a tempo indeterminato, determinato, provvisorio o di sostituzione [esclusa reperibilità, vedi p. 13] (0,20 punti per mese ragguagliato a 96 ore di attività) [Per ciascun mese solare non può essere considerato un numero di ore superiore a quello massimo consentito dall'ACN relativo al settore]

<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
<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 territoriali**. (0,20 punti per ogni mese di attività corrispondente 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

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

		11) Servizio effettivo nelle Attività Territoriali Programmate. (0,10 punti per mese di attività corrispondente a 52 ore)
<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
		12) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato, provvisorio o anche di sostituzione nella Emergenza Sanitaria Territoriale. (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
		13) Turni di reperibilità programmata nei servizi territoriali, di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale ai sensi del presente Accordo. (0,05 punti per ogni mese corrispondente 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

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

		14) Attività medica di assistenza ai turisti organizzata dalle Regioni o dalle Aziende. (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
		15) Servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile), anche in qualità di ufficiale medico di complemento e per un massimo di 12 mesi svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina . (0,10 punti per mese per un massimo di 12 mesi)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ ¹
		16) 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 convenzionale conferito da Azienda sanitaria nell'area, della medicina generale e solo per il periodo concomitante con tale incarico. (0,20 punti per mese)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ ¹
		17) Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale ai sensi della L. n. 64/2001 svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina . (0,10 punti per mese di attività per un massimo di 12 mesi)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ ¹
		18) Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale ai sensi della L. 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. (0,20 punti per mese per un massimo di 12 mesi)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ ¹
		19) Attività di medico pediatra di libera scelta , anche in forma di sostituzione, se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi. (0,10 punti per mese di attività)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; ASL _____ ¹ ped. sost. _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; ASL _____ ¹ ped. sost. _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; ASL _____ ¹ ped. sost. _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; ASL _____ ¹ ped. sost. _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; ASL _____ ¹ ped. sost. _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; ASL _____ ¹ ped. sost. _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; ASL _____ ¹ ped. sost. _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; ASL _____ ¹ ped. sost. _____
		20) Attività come medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna ; e medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici; medico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato per il servizio di assistenza ai naviganti. (0,05 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
		¹ indicare altresì l'esatto indirizzo dell'Ente utilizzando la parte finale del presente Allegato

		21) Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari sia a tempo indeterminato che di sostituzione per conto del Ministero di Giustizia ai sensi della legge 9 ottobre 1970 n. 740. (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
		22) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o anche a titolo di sostituzione di medico di assistenza penitenziaria/servizio effettivo in rapporto di convenzionamento con il SSN, presso gli Istituti Penitenziari (0,20 punti per mese di attività corrispondente 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
		23) Attività di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo, di medico della Polizia di Stato (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
		24) Servizio prestato presso Aziende Termali (Legge 24 ottobre 2000 n. 323 art. 8), equiparato all'attività di continuità assistenziale. (0,20 punti per ciascun mese complessivo)	
<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
		25) Servizio effettivo riconducibile all'attività di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale e di emergenza sanitaria territoriale, svolto in Paesi dell'Unione Europea , 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 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
		¹ 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. /PEC 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 **2020**,

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 e smi 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. _____

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. /PEC 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: _____ (intestata al
medico che presenta la domanda), in riferimento alla domanda di iscrizione alla graduatoria unica
regionale del Veneto per la medicina generale dell'anno **2020**,

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 e s.m.i., 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-mmg-2020.pdf (es. rossi-mario-mmg-2020.pdf);
- 5) inviare il file di cui al punto precedente esclusivamente tramite indirizzo PEC nominativa personale del medico che presenta la domanda all'indirizzo: protocollo.azero@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. /PEC 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.
