
REGIONE LIGURIA

ASSESSORATO SALUTE, POLITICHE DELLA SICUREZZA DEI CITTADINI

DIPARTIMENTO SALUTE E SERVIZI SOCIALI

SETTORE AFFARI GIURIDICI E POLITICHE DEL PERSONALE

Deliberazione della Giunta Regionale n. 850 del 23/7/2010.

Avviso pubblico per l'ammissione in soprannumero al corso triennale di formazione specifica in medicina generale 2010/2013

Art. 1 Contingente

E' indetto avviso pubblico per l'ammissione in soprannumero al corso triennale di formazione specifica in medicina generale della Regione Liguria relativo agli anni 2010/2013, ai sensi della legge n. 401 del 29/12/2000, di n. 3 , pari al 10% del numero dei posti messi a concorso per il bando di medicina generale anno 2010/2013, cittadini italiani o di altro Stato membro dell'Unione Europea, laureati in medicina e chirurgia, iscritti al corso universitario di laurea prima del 31/12/91 ed abilitati all'esercizio professionale.

Art. 2 Requisiti di ammissione

1. Per l'ammissione al corso i candidati devono possedere i seguenti requisiti:

- a) cittadinanza italiana ovvero di uno degli Stati membri dell'Unione Europea;
- b) laurea in medicina e chirurgia, purché iscritti al corso universitario di laurea prima del 31/12/91;
- c) abilitazione all'esercizio professionale;
- d) iscrizione all'albo professionale dei medici di un ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri della Repubblica Italiana;

2. I requisiti di cui ai punti a), b) e c) devono essere già posseduti alla data di scadenza del termine utile per la presentazione della domanda di ammissione al corso.

L'iscrizione al corrispondente albo professionale di uno dei Paesi dell'Unione Europea consente la partecipazione alla selezione, fermo restando l'obbligo di regolarizzare il requisito descritto al punto d) prima della data di inizio del corso.

Art. 3 Domanda e termine di presentazione

1. La domanda di ammissione al corso, redatta in carta semplice secondo lo schema allegato al presente bando (allegato A), deve essere spedita, esclusivamente a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento, alla "Regione Liguria – Dipartimento Salute e Servizi Sociali – Settore Affari Giuridici e Politiche del Personale – Via Fieschi, 15 – 16121 GENOVA" entro il termine perentorio di 30 giorni a decorrere dalla data di pubblicazione del presente avviso sul Bollettino ufficiale della Regione Liguria.

2. Non saranno considerate valide le domande spedite oltre il termine di scadenza sopra indicato. La data di spedizione della domanda è stabilita e comprovata dal timbro a data apposto dall'Ufficio postale accettante.

3. Sulla busta contenente la domanda deve essere espressamente riportata l'indicazione: "contiene domanda di ammissione in soprannumero al corso di formazione in medicina generale 2010/2013". E' ammessa la spedizione di una sola domanda per ciascuna raccomandata.

4. Non possono essere prodotte domande per più Regioni o per una Regione e una Provincia autonoma.

5. Nella domanda il candidato deve dichiarare sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, e a pena di esclusione dal concorso:

- a) il proprio cognome, nome, luogo e data di nascita e codice fiscale;
- b) il luogo di residenza;
- c) di possedere la cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell'Unione europea;
- d) di essersi iscritto/a al corso di laurea di medicina e chirurgia prima del 31 dicembre 1991;
- e) di possedere il diploma di laurea in medicina e chirurgia, indicando l'Università che lo ha rilasciato, il giorno, il mese e l'anno in cui è stato conseguito nonché la votazione;
- f) di essere in possesso del diploma di abilitazione all'esercizio professionale, indicando l'Università presso cui è stato conseguito, il giorno, il mese e l'anno di conseguimento, ovvero l'anno e la sessione dell'esame;
- g) di essere iscritto all'albo professionale di un ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri, indicando la provincia di iscrizione (fatto salvo quanto disposto dal comma 2 dell'art. 2 nell'ipotesi di iscrizione in corrispondente albo professionale di uno dei Paesi dell'Unione Europea) e la data di iscrizione all'albo;
- h) di non avere presentato domanda di ammissione in soprannumero in altra Regione o Provincia Autonoma;
- i) di essere/non essere iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia (*se si specificare quale*);

6. La domanda deve essere sottoscritta dal candidato a pena di nullità della stessa. La firma non dovrà essere autenticata.

7. Alla domanda dovrà essere allegata una fotocopia in carta semplice di un documento di identità in corso di validità. I candidati non dovranno invece allegare alla domanda alcuna documentazione comprovante le suddette dichiarazioni.

8. Il candidato deve indicare nella domanda il domicilio o recapito presso il quale deve essere fatta ogni comunicazione relativa al corso e l'eventuale recapito telefonico. Eventuali variazioni di indirizzo o domicilio dovranno essere tempestivamente comunicati.

9. L'amministrazione non assume responsabilità per la dispersione delle domande o di comunicazioni dipendenti da inesatte indicazioni del candidato oppure mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda, né per eventuali disguidi postali o telegrafici o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

10. Ferme restando le sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per l'ipotesi di dichiarazioni mendaci, qualora dai controlli emerga la non veridicità della dichiarazione rese dal concorrente, ai sensi dell'art. 75 dello stesso D.P.R. 445/2000, il medesimo decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

11. Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso la Regione Liguria per le finalità di gestione del corso e saranno trattati presso una banca dati automatizzata anche successivamente all'eventuale ammissione al corso di formazione, per le finalità inerenti alla gestione della frequenza dello stesso. Il conferimento di tali dati è indispensabile per lo svolgimento delle procedure di ammissione. Le medesime informazioni potranno essere comunicate unicamente alle Amministrazioni Pubbliche direttamente interessate allo svolgimento del corso o alla posizione giuridico-economica del candidato. L'interessato gode dei diritti di cui all'art. 7 della citata legge al quale si rinvia. Tali diritti potranno essere fatti valere dall'interessato nei confronti dell'Amministrazione regionale, titolare del trattamento.

Art. 4 Ammissione al corso

1. Qualora il numero delle domande presentate sia superiore a 3, verrà formulata una graduatoria regionale in base ai seguenti titoli valutabili:

a) diploma di laurea conseguito con voto 110/110 e 110/110 e lode o 100/100 e 100/100 e lode;

p. 1,00

b) diploma di laurea conseguito con voti da 105/110 a 109/110 o da 95/100 a 99/100;

p. 0,50

- c) diploma di laurea conseguito con voti da 100/110 a 104/110 o da 90/100 a 94/100; p. 0,30
- d) attività nel campo delle cure primarie (incarico a tempo determinato di medico di assistenza primaria, di continuità assistenziale, di medicina dei servizi, di assistenza turistica e attività territoriali programmate) – (Allegato B). Per mese: p. 0,05
(Da valutare secondo i criteri previsti dall’A.C.N. della medicina generale per la formazione delle graduatorie regionali)
- e) specializzazione o libera docenza in discipline equipollenti o affini a quella di medicina generale ai sensi delle vigenti disposizioni: per ciascuna specializzazione o libera docenza: p. 0,30
- f) anzianità di iscrizione all’albo professionale dei medici di un ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri: per ogni anno di iscrizione: p. 0,01

2. In caso di parità di punteggio complessivo prevalgono, nell’ordine, la minore età, il voto di laurea e, infine, l’anzianità di laurea.

3. I medici ammessi in soprannumero non hanno diritto alla borsa di studio e possono svolgere attività libero professionale compatibile con gli obblighi formativi.

4. Qualora un medico che ha diritto all’ammissione in soprannumero risulti vincitore del concorso per l’ammissione al corso, dovrà scegliere se frequentare il corso in soprannumero senza borsa di studio o come vincitore del concorso e quindi con borsa di studio, secondo le modalità ed i termini che verranno comunicate dalla Regione Liguria.

5. I candidati utilmente collocati nella graduatoria iscritti a scuole di specializzazione in medicina e chirurgia sono ammessi a frequentare il corso subordinatamente alla dichiarazione con la quale l’interessato:

- a. esplicita la volontà di intraprendere il corso triennale previsto per la formazione specifica in Medicina Generale, che comporta impegno a tempo pieno;
- b. rinuncia al percorso formativo specialistico già intrapreso, incompatibile.

6. La graduatoria regionale dei soprannumerari potrà essere utilizzata fino al termine massimo di 10 (dieci) giorni dopo l’inizio del corso di formazione per assegnare, secondo l’ordine della graduatoria stessa, i posti che si siano resi vacanti per cancellazione, rinuncia, decadenza o altri motivi.

7. Entro tale limite la Regione Liguria provvederà mediante comunicazione personale a convocare i candidati utilmente collocati in graduatoria, secondo l’ordine della graduatoria stessa, in relazione ai posti che si siano resi vacanti e da assegnare.

Art. 5 Trasferimenti ad altra Regione

1. In presenza di sopravvenute esigenze personali, è previsto il trasferimento del medico in formazione tra Regioni o tra Regione e Provincia autonoma solo qualora:

- a) nella sede accettante non siano stati utilizzati tutti i posti messi a disposizione o successivamente resisi vacanti;
- b) sia stato acquisito il parere favorevole sia della Regione o Provincia autonoma di provenienza che di quella di destinazione;
- c) il medico in formazione possa effettuare agevolmente il completamento dei periodi di corso non ancora effettuati, a giudizio della Regione.

Art. 6 Assicurazione

1. I medici frequentanti il corso di formazione debbono essere coperti da adeguata copertura assicurativa contro i rischi professionali e gli infortuni connessi all’attività di formazione, con oneri a proprio carico, secondo le condizioni generali indicate dalla Regione Liguria.

Art. 7 Disciplina del corso - rinvio

1. Il corso di formazione specifica in Medicina Generale 2010-2013 inizia entro il mese di novembre 2010, ha durata di tre anni e comporta un impegno dei partecipanti a tempo pieno, con obbligo della frequenza alle attività didattiche teoriche e pratiche.

2. Il corso si articola in attività didattiche pratiche e attività didattiche teoriche da svolgersi in strutture del servizio sanitario nazionale e/o nell'ambito di uno studio di medicina generale individuati dalla Regione. La formazione prevede un totale di 4800 ore, di cui 2/3 rivolti all'attività formativa di natura pratica, e comporta la partecipazione personale del medico discente alla totalità delle attività mediche del servizio nel quale si effettua la formazione, all'attività professionale e l'assunzione delle responsabilità connesse all'attività svolta.

3. La frequenza del corso non comporta l'instaurazione di un rapporto di dipendenza o lavoro convenzionale né con il Servizio Sanitario nazionale né con i medici tutori.

4. Per tutto quanto non previsto nel presente avviso si fa rinvio alla disciplina contenuta nel D.Lgs. 17.8.1999 n. 368 e s. m. e i., al Decreto del Ministro della Salute 7/3/2006 e al Bando di concorso per l'ammissione al corso di formazione specifica in medicina generale 2010/2013 emanato dalla Regione Liguria con deliberazione della Giunta n. 379/2010.

(Scrivere in maniera leggibile)

RACCOMANDATA A/R

Alla Regione Liguria
Dipartimento Salute e Servizi sociali
Settore Affari Giuridici e Politiche del Personale
Via Fieschi 15
16121 GENOVA

Il/La sottoscritto/a _____
(Cognome e Nome)

nato/a _____ (provincia di _____) Stato _____ il _____

codice fiscale _____

e residente a _____

(provincia di _____) in via/Piazza _____ n. civico _____

c.a.p. _____, telefono _____ cellulare _____,

CHIEDE

di essere ammesso/a in soprannumero al corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale di cui al D.Lgs. n. 368 del 17.8.1999 e s. m. e i., indetto da codesta Regione con Delibera n. 379 del 26/2/2010.

Dichiara sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

1. di essere cittadino italiano/cittadino

_____;
(indicare la cittadinanza di altro stato dell'Unione Europea)

2. di essersi iscritto al corso di laurea in medicina e chirurgia nell'anno accademico _____ (prima del 31/12/1991);

3. di possedere il diploma di laurea in medicina e chirurgia, conseguito il _____
(gg/mm/anno)

presso l'Università di _____

con la votazione di _____ (specificare se il voto è espresso su base 110 o su base 100);

4. di non avere presentato domanda di ammissione in soprannumero in altra Regione o Provincia autonoma;

5. di essere in possesso del diploma di abilitazione all'esercizio professionale, conseguito il _____
(gg/mm/anno) ovvero nella sessione _____ (indicare sessione ed anno) presso l'Università di _____;

6. di essere iscritto/a all'albo dei medici dell'ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di _____ dal _____
(gg/mm/anno);

7. di essere in possesso della specializzazione o libera docenza in medicina generale o disciplina equipollente o di essere in possesso di specializzazione o libera docenza in discipline affini a quella della medicina generale:

Specializzazione/libera docenza in _____ conseguita presso l'Università degli Studi di _____ in data _____;

Specializzazione/libera docenza in _____ conseguita presso l'Università degli Studi di _____ in data _____;

Specializzazione/libera docenza in _____ conseguita presso l'Università degli Studi di _____ in data _____;

8. di non essere/ essere iscritto a corsi di specialità in medicina e chirurgia (*se si indicare quale*)

_____;

9. di avere diritto all'applicazione dell'art. 20 della L. 104/92 e in particolare:

_____;
(specificare l'ausilio necessario in relazione al proprio handicap)

Allega n. ___ dichiarazioni sostitutive di atto notorio relative ai titoli di servizio e all'attività svolta.

Dichiara di accettare tutte le disposizioni del presente avviso.

Dichiara inoltre di eleggere, per ogni comunicazione, preciso recapito al seguente indirizzo (indicare anche il recapito telefonico/cellulare):

città _____

(provincia di _____) in via/Piazza _____ n. civico _____

c.a.p. _____, telefono _____ cellulare _____

impegnandosi a comunicare eventuali variazioni successive e riconoscendo che l'Amministrazione regionale non si assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario.

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 autorizza la Regione Liguria al trattamento dei dati personali forniti per le sole finalità di gestione del concorso e autorizza la loro pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione e sul sito Internet della Regione Liguria unicamente ai fini della pubblicazione della graduatoria.

Data _____

Firma

NOTA BENE: alla domanda dovrà essere allegata una fotocopia in carta semplice di un documento di identità

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' (art. 46 e 47 D.P.R. N. 445 DEL 28/12/2000)

TITOLI DI SERVIZIO ED ATTIVITA' SVOLTA

Io sottoscritt__ Dott. _____

Cognome

Nome

In relazione alla domanda di ammissione in soprannumero al corso triennale di formazione specifica in medicina generale anni 2010/2013, emanato dalla Regione Liguria con DGR 379/2010, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000, dichiaro di essere in possesso dei seguenti titoli di servizio :

Note per la compilazione: Qualora lo spazio di una sezione non fosse sufficiente, aggiungere un foglio fotocopiato aggiuntivo; è necessario numerare e firmare le singole pagine.

1) 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: (punti 0,05 per mese di attività)

dal I I I I I I I I al I I I I I I I I USL ____ via _____ n. ____ Prov. ____ medico _____

dal I I I I I I I I al I I I I I I I I USL ____ via _____ n. ____ Prov. ____ medico _____

dal I I I I I I I I al I I I I I I I I USL ____ via _____ n. ____ Prov. ____ medico _____

dal I I I I I I I I al I I I I I I I I USL ____ via _____ n. ____ Prov. ____ medico _____

dal I I I I I I I I al I I I I I I I I USL ____ via _____ n. ____ Prov. ____ medico _____

dal I I I I I I I I al I I I I I I I I USL ____ via _____ n. ____ Prov. ____ medico _____

dal I I I I I I I I al I I I I I I I I USL ____ via _____ n. ____ Prov. ____ medico _____

totale giorni _____

2) Attività di sostituzione del medico di assistenza primaria convenzionato solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti dovuta ad attività sindacale e sostituzioni d'ufficio anche se di durata inferiore a 5 gg:

(punti 0,05 per mese di attività)

dal I I I I I I I I al I I I I I I I I USL ____ via _____ n. ____ Prov. ____ medico _____

dal I I I I I I I I al I I I I I I I I USL ____ via _____ n. ____ Prov. ____ medico _____

Totale giorni _____

3) Stessa attività di cui al punto precedente effettuata su base oraria:

(punti 0,05 per mese di attività, ragguagliato a 96 h. di attività)

dal I I I I I I I I al I I I I I I I I ore _____

USL ____ via _____ n. ____ Prov. ____ medico _____

dal I I I I I I I I al I I I I I I I I ore _____

USL ____ via _____ n. ____ Prov. ____ medico _____

Totale giorni _____ totale ore _____

4) Servizio effettivo con incarico a tempo determinato o di sostituzione di continuità assistenziale in forma attiva
(punti 0,05 per mese di attività, ragguagliato a 96 h. di attività)

Anno: **Azienda Sanitaria Locale:**

Gennaio	dal _____	al _____	ore _____	Luglio	dal _____	al _____	ore _____
Febbraio	dal _____	al _____	ore _____	Agosto	dal _____	al _____	ore _____
Marzo	dal _____	al _____	ore _____	Settembre	dal _____	al _____	ore _____
Aprile	dal _____	al _____	ore _____	Ottobre	dal _____	al _____	ore _____
Maggio	dal _____	al _____	ore _____	Novembre	dal _____	al _____	ore _____
Giugno	dal _____	al _____	ore _____	Dicembre	dal _____	al _____	ore _____

Anno: **Azienda Sanitaria Locale:**

Gennaio	dal _____	al _____	ore _____	Luglio	dal _____	al _____	ore _____
Febbraio	dal _____	al _____	ore _____	Agosto	dal _____	al _____	ore _____
Marzo	dal _____	al _____	ore _____	Settembre	dal _____	al _____	ore _____
Aprile	dal _____	al _____	ore _____	Ottobre	dal _____	al _____	ore _____
Maggio	dal _____	al _____	ore _____	Novembre	dal _____	al _____	ore _____
Giugno	dal _____	al _____	ore _____	Dicembre	dal _____	al _____	ore _____

Anno: **Azienda Sanitaria Locale:**

Gennaio	dal _____	al _____	ore _____	Luglio	dal _____	al _____	ore _____
Febbraio	dal _____	al _____	ore _____	Agosto	dal _____	al _____	ore _____
Marzo	dal _____	al _____	ore _____	Settembre	dal _____	al _____	ore _____
Aprile	dal _____	al _____	ore _____	Ottobre	dal _____	al _____	ore _____
Maggio	dal _____	al _____	ore _____	Novembre	dal _____	al _____	ore _____
Giugno	dal _____	al _____	ore _____	Dicembre	dal _____	al _____	ore _____

Anno: **Azienda Sanitaria Locale:**

Gennaio	dal _____	al _____	ore _____	Luglio	dal _____	al _____	ore _____
Febbraio	dal _____	al _____	ore _____	Agosto	dal _____	al _____	ore _____
Marzo	dal _____	al _____	ore _____	Settembre	dal _____	al _____	ore _____
Aprile	dal _____	al _____	ore _____	Ottobre	dal _____	al _____	ore _____
Maggio	dal _____	al _____	ore _____	Novembre	dal _____	al _____	ore _____
Giugno	dal _____	al _____	ore _____	Dicembre	dal _____	al _____	ore _____

Totale giorni _____ ore _____

N. B. Occorre indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio.

5) Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende (punti 0,05 per mese di attività)

dal I I I I I I I I al I I I I I I I I USL _____ via _____ n. ____ Prov. ____

dal I I I I I I I I al I I I I I I I I USL _____ via _____ n. ____ Prov. ____

dal I I I I I I I I al I I I I I I I I USL _____ via _____ n. ____ Prov. ____

totale giorni _____

6) Servizio effettivo con incarico a tempo determinato o di sostituzione nella medicina dei servizi:

(punti 0,05 per mese di attività, ragguagliato a 96 h. di attività)

dal I I I I I I I I al I I I I I I I I ore I _____ I

USL _____ via _____ n. ____ Prov. ____

dal I I I I I I I I al I I I I I I I I ore I _____ I

USL _____ via _____ n. ____ Prov. ____

dal I I I I I I I I al I I I I I I I I ore I _____ I

USL _____ via _____ n. ____ Prov. ____

dal I I I I I I I I al I I I I I I I I ore I _____ I

USL _____ via _____ n. ____ Prov. ____

dal I I I I I I I I al I I I I I I I I ore I _____ I

USL _____ via _____ n. ____ Prov. ____

dal I I I I I I I I al I I I I I I I I ore I _____ I

USL _____ via _____ n. ____ Prov. ____

dal I I I I I I I I al I I I I I I I I ore I _____ I

USL _____ via _____ n. ____ Prov. ____

dal I I I I I I I I al I I I I I I I I ore I _____ I

USL _____ via _____ n. ____ Prov. ____

dal I I I I I I I I al I I I I I I I I ore I _____ I

USL _____ via _____ n. ____ Prov. ____

dal I I I I I I I I al I I I I I I I I ore I _____ I

USL _____ via _____ n. ____ Prov. ____

dal I I I I I I I I al I I I I I I I I ore I _____ I

USL _____ via _____ n. ____ Prov. ____

dal I I I I I I I I al I I I I I I I I ore I _____ I

USL _____ via _____ n. ____ Prov. ____

Totale giorni _____ totale ore _____

7) Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate: (punti 0,05 per mese di attività, ragguagliato a 52 h. di attività)

dal I I I I I I I I al I I I I I I I I ore I I I I I
USL _____ via _____ n. ____ Prov. ____

dal I I I I I I I I al I I I I I I I I ore I I I I I
USL _____ via _____ n. ____ Prov. ____

dal I I I I I I I I al I I I I I I I I ore I I I I I
USL _____ via _____ n. ____ Prov. ____

Totale giorni _____ totale ore _____

8) Attività programmata nei servizi territoriali di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale in forma di reperibilità:

(punti 0,05 per mese di attività ragguagliato a 96 h. di attività)

dal I I I I I I I I al I I I I I I I I ore I I I I I
USL _____ via _____ n. ____ Prov. ____

dal I I I I I I I I al I I I I I I I I ore I I I I I
USL _____ via _____ n. ____ Prov. ____

dal I I I I I I I I al I I I I I I I I ore I I I I I
USL _____ via _____ n. ____ Prov. ____

dal I I I I I I I I al I I I I I I I I ore I I I I I
USL _____ via _____ n. ____ Prov. ____

Totale giorni _____ totale ore _____

9) Servizio effettivo con incarico a tempo determinato o di sostituzione nella emergenza sanitaria territoriale (punti 0,05 per mese)

dal I I I I I I I I al I I I I I I I I ore I I I I I
USL _____ via _____ n. ____ Prov. ____

dal I I I I I I I I al I I I I I I I I ore I I I I I
USL _____ via _____ n. ____ Prov. ____

dal I I I I I I I I al I I I I I I I I ore I I I I I
USL _____ via _____ n. ____ Prov. ____

dal I I I I I I I I al I I I I I I I I ore I I I I I
USL _____ via _____ n. ____ Prov. ____

Totale giorni _____ totale ore _____

10) 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 (per mese per un massimo di 12 mesi) (punti 0,05 per mese)

dal _____ al _____

11) Servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina, anche in qualità di ufficiale medico di complemento, ed in concomitanza di incarico, anche provvisorio, di medicina generale e limitatamente al periodo di concomitanza (per mese per un massimo di 12 mesi) (punti 0,05 per mese)

dal _____ al _____

12) Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto dopo la laurea in medicina e chirurgia (per mese per un massimo di 12 mesi) (punti 0,05 per mese)
dal _____ al _____
13) Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto in concomitanza di incarico ai sensi del vigente ACN (per mese per un massimo di 12 mesi) (punti 0,05 per mese)
dal _____ al _____
14) 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 (per mese di attività) (punti 0,05 per mese)
dal _____ al _____
15) 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 con il Ministero della Sanità per il servizio di assistenza ai naviganti (per mese di attività) (punti 0,05 per mese)
dal _____ al _____
16) Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria nelle carceri di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo, di medico di polizia (per mese di attività) (punti 0,05 per mese)
dal _____ al _____
17) Servizio prestato presso Aziende Termali, (Legge 24.10.2000 n. 323 art. 8), equiparato all'attività di continuità assistenziale (per ogni mese, ragguagliato a 96 ore di attività) (punti 0,05 per mese)
dal _____ al _____

La presente dichiarazione sostitutiva è costituita da n..... pagine.

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

Data _____

Firma del dichiarante (2) _____

- (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 del DPR 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento d'identità del dichiarante.