

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 46 e 47 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

**TITOLI DI SERVIZIO E ATTIVITA' SVOLTA PER L'INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA
RISERVATA PER L'AMMISSIONE AL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN
MEDICINA GENERALE TRIENNIO 2022-2025, SENZA BORSA DI STUDIO, DELLA
REGIONE PIEMONTE**

codice fiscale _____

- in relazione alla domanda di ammissione tramite graduatoria riservata, senza borsa di studio, ai sensi dell'art. 12, comma 3, del D.L. n. 35/2019, convertito con L. n. 60/2019, e alla D.D. 28/11/2022 n. 2261/A1406B/2022, al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale – triennio 2022/2025, organizzato a tempo pieno, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445;

- ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445;

DICHIARA

di essere in possesso dei seguenti titoli di servizio:

- 1) attività di medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta (denominata "assistenza primaria" fino al 27/04/2022), con incarico a tempo indeterminato, o con incarico provvisorio, prestata nell'ambito della **Regione PIEMONTE** (per ciascun mese complessivo: p.ti 0,30)

Indicare per ciascun incarico: Azienda.....dal.....al.....tot. mesi.....

Azienda	Dalal.....		
<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="width: 100px;">TOT. MESI</td><td style="width: 100px;"></td></tr></table>		TOT. MESI	
TOT. MESI			

- 2) attività di medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta (denominata "assistenza primaria" fino al 27.04.2022), con incarico a tempo indeterminato, o con incarico provvisorio, prestata nell'ambito di **ALTRA Regione** (per ciascun mese complessivo: p.ti 0,20)

Indicare per ciascun incarico: Regione.....Azienda.....dal.....al..... tot. mesi.....

Regione	Azienda	Dalal.....
		TOT. MESI

- 3) attività di sostituzione del medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta (denominata assistenza primaria fino al 27.04.2022), solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni consecutivi (per ogni mese complessivo: p.ti 0,20)

Indicare per ciascun incarico: Medico.....Azienda.....dal.....al..... tot. mesi.....

Medico	Azienda	Dalal.....
		TOT. MESI

- 4) stessa attività di cui al punto precedente dovuta ad attività sindacale del titolare, anche se di durata inferiore 5 giorni (per ogni mese complessivo: p.ti 0,20)

Indicare per ciascun incarico: Medico.....Azienda.....dal.....al..... tot. mesi.....

Medico	Azienda	Dalal.....		
			TOT. MESI	

- 5) attività di sostituzione del titolare effettuata su base oraria (per ogni mese corrispondente a 96 ore di attività: p.ti 0,20)

Indicare per ciascun incarico: Medico.....Azienda.....dal.....al..... n. ore.....tot. mesi.....

Medico	Azienda	Dalal.....	n. ore		
				TOT. MESI	

- 6) servizio effettivo di medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria (denominata “continuità assistenziale” fino al 27.04.2022), con incarico a tempo indeterminato, determinato, provvisorio, di sostituzione (per ogni mese corrispondente a 96 ore di attività: p.ti 0,20)

Indicare per ciascun incarico: Azienda.....dal.....al.....n. ore.....tot. mesi.....

Azienda	Dalal.....	n. ore
TOT. MESI		

- 7) servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato, provvisorio o anche a titolo di sostituzione nella emergenza sanitaria territoriale (per ogni mese complessivo: p.ti 0,20)

Indicare per ciascun incarico: Azienda.....dal.....al.....tot. mesi.....

Azienda	Dalal.....
TOT. MESI	

8) servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o di sostituzione nella medicina dei servizi territoriali (per ogni mese corrispondente a 96 ore di attività: p.ti 0,20)

Indicare per ciascun incarico: Azienda.....dal.....al.....n. ore..... tot. mesi.....

Azienda	Dalal.....	n. ore
TOT. MESI		

9) servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione di medico di assistenza penitenziaria/servizio effettivo in rapporto di convenzionamento con il S.S.N., presso gli Istituti Penitenziari (per ogni mese corrispondente a 96 ore di attività: p.ti 0,20)

Indicare per ciascun incarico: Azienda.....dal.....al.....n. ore..... tot. mesi.....

Azienda	Dalal.....	n. ore
TOT. MESI		

10) 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 L. 9.10.1970, n. 740 (per ogni mese di attività: p.ti 0,20)

Indicare per ciascun incarico: Istituto.....dal.....al..... tot. mesi.....

Istituto	Dalal.....		
		TOT. MESI	

11) servizio effettivo nelle attività territoriali programmate (per ogni mese di attività corrispondente a n. 52 ore: p.ti 0,10)

Indicare per ciascun incarico: Azienda.....dal.....al.....n. ore..... tot. mesi.....

Azienda	Dalal.....	n. ore		
			TOT. MESI	

12) attività medica di assistenza ai turisti organizzata dalle Regioni o dalle Aziende (svolta a periodi mensili o ad ore)
 (per ogni mese complessivo, corrispondente a 96 ore di attività: p.ti 0,20)

Indicare per ciascun incarico: Azienda.....dal.....al.....n. ore..... tot. mesi.....

Azienda.....di.....	Dalal.....	n. ore
TOT. MESI		

13) turni di reperibilità programmata nei servizi territoriali di continuità dell'assistenza **(CA)** o di emergenza sanitaria territoriale **(EST)**, ai sensi del vigente ACN della Medicina Generale (per ogni mese corrispondente a 96 ore di attività: p.ti 0,05)

Indicare per ciascun incarico: Azienda.....dal.....al.....n. ore..... Tipo incarico.....tot. mesi.....

Azienda	Dalal.....	n. ore	Tipo incarico
TOT. MESI			

- 14) attività, anche in forma di sostituzione, di medico pediatra di libera scelta se svolta con riferimento ad almeno 70 (settanta) utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi (per ciascun mese complessivo: p.ti 0,10)

Indicare per ciascun incarico: Medico..... Azienda.....dal.....al..... tot. mesi.....

Medico	Azienda	Dalal.....		
			TOT. MESI	

- 15) medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna (**MI**); medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici (**EX EM**); medico generico fiduciario (**MGF**) e medico di ambulatorio convenzionato per il servizio di assistenza ai naviganti (**CAN**) (per ciascun mese: p.ti 0,05)

Indicare per ciascun incarico: Azienda/Entedal.....al.....attività..... tot. mesi.....

Azienda/Ente	Dalal.....	attività		
			TOT. MESI	

16) 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 e Chirurgia (per ciascun mese: p.ti 0,10)

Indicare per ciascun incarico: dal.....al..... presso..... tot. mesi.....

Dalal.....	presso.....	
TOT. MESI		

17) servizio militare di leva (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 e solo per il periodo concomitante con tale incarico (per ciascun mese: p.ti 0,20)

Indicare per ciascun incarico: dal.....al..... presso..... tot. mesi.....

Dalal.....	presso.....	
TOT. MESI		

- 18) servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della L. 64/2001, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina (per ciascun mese, fino ad un massimo di 12 mesi: p.ti 0,10)
Indicare per ciascun incarico: dal.....al..... Servizio.....svolto presso..... tot. mesi.....

Dalal.....	Servizio:	svolto presso.....
TOT. MESI		

- 19) servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della L. 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 (per ciascun mese: p.ti 0,20)
Indicare per ciascun incarico: dal.....al..... tot. mesi.....presso.....servizio.....

Dalal.....	Servizio:	svolto presso.....
TOT. MESI		

- 20) attività di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo o di medico della Polizia di Stato (per ogni mese di attività: p.ti 0,20)
Indicare per ciascun incarico: dal.....al..... presso..... tot. mesi.....

Dalal.....	presso.....
TOT. MESI	

- 21) 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: servizio prestato presso aziende termali private accreditate in qualità di dipendente a tempo pieno con rapporto di lavoro esclusivo e con orario di lavoro non inferiore alle 35 ore settimanali (per ciascun mese complessivo: p.ti 0,20)

Indicare per ciascun incarico: Stabilimento termale.....dal.....al..... n. ore.....tot. mesi.....

Stabilimento termale	Dalal.....	n. ore
		TOT. MESI

- 22) servizio effettivo, svolto in paesi dell'Unione Europea, riconducibile all'attività di medico di medicina generale di cui all'ACN per la medicina generale; servizio prestato ai sensi della L. 11.08.2014, n. 125 ed assistenza sanitaria e assistenza sanitaria prestata da medici italiani ai sensi del Decreto Ministeriale 01.09.1988, n. 430 (per ciascun mese complessivo: p.ti 0,20)

Il Servizio deve essere attestato con certificazioni, in originale o copia conforme all'originale, sottoscritte 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, Decreto Legislativo 112/1998) è necessario allegare copia di detto provvedimento.

Indicare per ciascun incarico: Ente.....Stato.....dal.....al..... tot. mesi.....

Ente	Stato	Dalal.....
		TOT. MESI

23) La sottoscritta dichiara di aver usufruito di astensione anticipata o di astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio nei seguenti periodi:

Indicare per ciascun periodo dal.....al..... presso azienda.....

Dalal.....	Presso Azienda.....

dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero. (1)

Data.....

firma per esteso (2).....

(1) Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. 445/2000)

(2) ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000 e smi, la dichiarazione è sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento d'identità del dichiarante.

Luogo e data _____

Firma per esteso _____

ATTENZIONE

ACN 28.04.2022 – ART. 20

- *Ai fini del calcolo dei punteggi relativi ai titoli di servizio*, tutte le frazioni di mese dell'anno sono sommate. L'eventuale residuo superiore a 15 giorni è valutato come mese intero. I residui non valutati sono sommati alle integrazioni dei titoli di servizio eventualmente presentati negli anni successivi.
- Relativamente *al servizio calcolato su base oraria*, per frazione di mese da valutare come mese intero si intende un numero complessivo di ore di attività superiore alla metà. I residui non valutati sono sommati alle integrazioni dei titoli di servizio eventualmente presentati negli anni successivi.
- *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 e puerperio (*da indicare al punto 23 della dichiarazione*).
- *I titoli di servizio non sono cumulabili* se riferiti ad attività svolte nello stesso periodo, ad eccezione della reperibilità di cui alla lettera j). In caso di servizi concomitanti è valutato quello che comporta il punteggio più alto. A parità di punteggio complessivo prevalgono, nell'ordine, la minore età, il voto di laurea e l'anzianità di laurea.
- Non sono valutabili attività che non siano espressamente previste ed elencate dal presente articolo.