

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 PER L'INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA
RISERVATA PER L'AMMISSIONE AL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA
GENERALE 2021-2024 DELLA REGIONE SICILIA**

Il sottoscritto Dott. _____

Cognome	Nome
_____	_____

[illegible]

- in relazione alla domanda di ammissione tramite graduatoria riservata, senza borsa di studio, ai sensi dell'art. 12 comma 3 del DL 35/2019 convertito con L. 60/2019 e alla D.G.R. n. _____ del _____, al corso triennale di formazione specifica in medicina generale anni 2021/24, organizzato a tempo pieno, consapevole delle sanzioni amministrative e penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000,
- 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 di assistenza primaria convenzionato, con incarico a tempo indeterminato o con incarico provvisorio, prestata nell' ambito della Regione Siciliana:** *(p. 0,30 per mese di attività)**

dal.....al.....Azienda.....
dal.....al.....Azienda.....
dal.....al.....Azienda.....

- 2. Attività di medico di assistenza primaria convenzionato, con incarico a tempo indeterminato o con incarico provvisorio, prestata nell'ambito di altra Regione (specificare):** (p. 0,20 per mese di attività)*

dal	al	Azienda.....	Regione
dal	al	Azienda.....	Regione
dal	al	Azienda.....	Regione
dal	al	Azienda.....	Regione

- 3. Attività di sostituzione del medico di assistenza primaria, solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 gg. continuativi:** *(p. 0,20 per mese di attività)**

[illegible]

dal.....al.....medico**.....A.S.L.....

4. Stessa attività di cui al punto precedente dovuta ad attività sindacale del titolare e sostituzioni d'ufficio, anche se di durata inferiore a 5 giorni continuativi. (p.0,20 per mese)*

dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
 dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
 dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
 dal.....al.....medico**.....A.S.L.....

5. Stessa attività di cui al punto precedente effettuata su base oraria: (p.0,20 per mese ragguagliato a 96 ore di attività)*

Anno..... A.S.L.**di

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

6. Servizio effettivo di medico di continuità assistenziale ☐ medico di assistenza penitenziaria/servizio effettivo in convenzionamento svolto presso gli Istituti penitenziari ☐ a tempo indeterminato ☐, determinato ☐, provvisorio ☐ di sostituzione ☐: (barrare l'opzione e indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio) (p.0,20 per mese ragguagliato a 96 ore di attività)*

Anno..... A.S.L.**di

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 ore

Anno..... A.S.L.**di

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 ore

7. Servizio effettivo nella emergenza sanitaria territoriale, con incarico a tempo indeterminato ☐ determinato ☐ provvisorio ☐ o di sostituzione ☐: (p.0,20 per mese di attività)*

dal.....al.....A.S.L.**.....
 dal.....al.....A.S.L.**.....
 dal.....al.....A.S.L.**.....
 dal.....al.....A.S.L.**.....
 dal.....al.....A.S.L.**.....

8. Servizio effettivo nella medicina dei servizi territoriali con incarico a tempo indeterminato ☐ o di sostituzione ☐:

(barrare l'opzione e indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio)

(p.0,20 per mese ragguagliato a 96 ore di attività)*

Anno..... A.S.L **di

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 ore

9. 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:

(p. 0,20 per mese di attività)*

dal ____/____/____ al ____/____/____ Istituto

dal ____/____/____ al ____/____/____ Istituto

dal ____/____/____ al ____/____/____ Istituto

dal ____/____/____ al ____/____/____ Istituto

10. Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate:

(p.0,10 per mese ragguagliato a 52 ore di attività)*

Anno..... A.S.L ** di

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 ore

Anno..... A.S.L ** di

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 ore

11. Attività medica di assistenza ai turisti, organizzata dalle Regioni o dalle Aziende UU.SS.LL: *

(p. 0,20 per mese di attività)

ASL ** di dal al

ASL ** di dal al

ASL ** di dal al

ASL ** di dal al

12. Turni di reperibilità programmata nei servizi territoriali ☐ di continuità assistenziale ☐ di emergenza sanitaria territoriale , ai sensi del presente Accordo (barrare l'opzione e indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio):

(p.0,05 per mese ragguagliato a 96 ore di attività)*

Anno..... A.S.L **.....di Servizio di :

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 ore

Anno..... A.S.L.di Servizio di :**

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 ore

- 13. Attività, anche in forma di sostituzione, di medico pediatra di libera scelta, se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 gg. continuativi:** (p. 0,10 per mese di attività)*

dal.....	al.....	medico**.....	A.S.L.....
dal.....	al.....	medico**.....	A.S.L.....
dal.....	al.....	medico**.....	A.S.L.....
dal.....	al.....	medico**.....	A.S.L.....
dal.....	al.....	medico**.....	A.S.L.....
dal.....	al.....	medico**.....	A.S.L.....
dal.....	al.....	medico**.....	A.S.L.....
dal.....	al.....	medico**.....	A.S.L.....
dal.....	al.....	medico**.....	A.S.L.....
dal.....	al.....	medico**.....	A.S.L.....
dal.....	al.....	medico**.....	A.S.L.....

- 14. Attività di medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna ☐, medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici ☐, medico generico fiduciario ☐, medico di ambulatorio convenzionato per il servizio di assistenza ai naviganti ☐:** (p. 0,05 per mese di attività)*

Ente **.....	di	dal	al
Ente**.....	di	dal	al
Ente**.....	di	dal	al
A.S.L.**.....	di	dal	al
A.S.L.**.....	di	dal	al

- 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 e Chirurgia:** (p.0,10 per mese)

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso

- 16. 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:** (p.0,20 per mese)

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso

- 17. Servizio civile volontario espletato per finalità o scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della Legge 6 marzo 2001 n. 64 istitutiva del "Servizio civile nazionale", svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia:**

(massimo 12 mesi - p. 0,10 per mese di attività,)

dal al Servizio: svolto presso **

dal al Servizio: svolto presso **

- 18. Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della Legge 6 marzo 2001 n. 64 istitutiva del "Servizio civile nazionale", svolto in concomitanza di incarico convenzionale conferito da Azienda Sanitaria nell'area della medicina generale e solo per il periodo concomitante con tale incarico:**

(p. 0,20 per mese)

dal al Servizio: svolto presso **

dal al Servizio: svolto presso **

- 19. Attività di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo ☐ o medico di Polizia di Stato ☐ (barrare l'opzione)**

(p. 0,20 per mese di attività)*

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso

- 20. Servizio prestato presso aziende termali private accreditate (con le modalità di cui all'art. 8 legge 24 ottobre 2000 n. 323), equiparato all'attività di continuità assistenziale, in qualità di dipendente a tempo pieno con rapporto di lavoro esclusivo e orario non inferiore a 35 ore settimanali: (indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio)**

(p. 0,20 per mese di attività)*

Anno Stabilimento Termale** Comune di

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 Stabilimento Termale** Comune di

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 ore

- 21. Servizio effettivo, svolto in paesi della Unione Europea, riconducibile all'attività di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale e di emergenza sanitaria territoriale; servizio prestato ai sensi della legge 11 agosto 2014, n. 125 ed assistenza sanitaria prestata da medici italiani ai sensi del D.M. 1° settembre 1988, n. 430: (p. 0,20 per mese di attività) ***

Ente **	Stato	dal	al
Ente **	Stato	dal	al
Ente **	Stato	dal	al
Ente **	Stato	dal	al
Ente **	Stato	dal	al

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

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso Azienda _____
dal ____/____/____ al ____/____/____ presso Azienda _____
dal ____/____/____ al ____/____/____ presso Azienda _____
dal ____/____/____ al ____/____/____ presso Azienda _____

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

Luogo e 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 D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento d'identità del dichiarante.*

Recapiti degli Enti/ASL/Istituti indicati nella presente domanda (per inserire ulteriori informazioni il medico può fotocopiare il presente prospetto)

Ai sensi della L. 12/11/2011, n. 183, recante modifiche al D.P.R. 445/2000 (T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa), le amministrazioni pubbliche sono tenute ad acquisire d'ufficio le informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive, previa indicazione, da parte dell'interessato, degli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti.

Ente/ASL /Istituto _____
Indirizzo _____
C.A.P. _____ Comune di _____ Prov. _____
Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Ente/ASL /Istituto _____
Indirizzo _____
C.A.P. _____ Comune di _____ Prov. _____
Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Ente/ASL /Istituto _____
Indirizzo _____
C.A.P. _____ Comune di _____ Prov. _____
Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Ente/ASL /Istituto _____
Indirizzo _____
C.A.P. _____ Comune di _____ Prov. _____
Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Ente/ASL /Istituto _____
Indirizzo _____
C.A.P. _____ Comune di _____ Prov. _____
Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Ente/ASL /Istituto _____
Indirizzo _____
C.A.P. _____ Comune di _____ Prov. _____
Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Ente/ASL /Istituto _____
Indirizzo _____
C.A.P. _____ Comune di _____ Prov. _____
Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Ente/ASL /Istituto _____
Indirizzo _____
C.A.P. _____ Comune di _____ Prov. _____
Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Luogo e data _____ **Firma per esteso (I)** _____

(1) Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento d'identità del dichiarante.