



Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali  
*Area Risorse Umane*

**ARES 118**  
Via Portuense 240  
**PROTOCOLLO ESTERNO ENTRATA**  
**N.: 0027718/2017**  
**Del: 27/12/2017 13:59:46**

AI DIRETTORI GENERALI  
DELLE ASL DEL LAZIO  
LORO SEDI

AGLI ORDINI PROVINCIALI  
DEI MEDICI DEL LAZIO  
LORO SEDI

E p.c. ASL ROMA 1  
AREA DIDATTICA 1  
[aform@aslroma1.it](mailto:aform@aslroma1.it)

ASL ROMA 2  
AREA DIDATTICA 2  
[gelsomina.parisse@aslroma2.it](mailto:gelsomina.parisse@aslroma2.it)

AO S.CAMILLO FORLANINI  
AREA DIDATTICA 3  
[m.piccini@scamilloforlanini.rm.it](mailto:m.piccini@scamilloforlanini.rm.it)

ASL LATINA  
AREA DIDATTICA 4  
[formazione@ausl.latina.it](mailto:formazione@ausl.latina.it)

OO. SS.  
FIMMG  
SMI  
SNAMI  
INTESA SINDACALE  
LORO SEDI

**Oggetto : Trasmissione modelli per la presentazione della domanda di inserimento nelle graduatorie di PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA e di SETTORE della MEDICINA GENERALE valide per l'anno 2019 .**

In allegato alla presente, per opportuna conoscenza e al fine di darne diffusione, si trasmettono i modelli in oggetto. Si rammenta che tutti i medici interessati devono presentare domanda entro il termine del 31 gennaio 2018, seguendo le indicazioni presenti all'interno del modello.



REGIONE  
LAZIO

Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali  
*Area Risorse Umane*

**Si evidenzia inoltre che come indicato dal Ministero della Salute con nota DGPROF 0062117 del 29 novembre 2017, i medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale per il triennio 2014/2017 che hanno usufruito della proroga ordinaria di cui all'art.9, comma 5, del D.M. 7.3.2006, come modificato dal D.M. 28.8.2014 – laddove l'iscrizione entro i 60 giorni dall'inizio del corso non consenta agli stessi di sostenere l'esame entro il 31 dicembre del terzo anno di corso e di iscriversi entro il 31 gennaio successivo alle graduatorie regionali della medicina convenzionata, o dell'ulteriore ampliamento fino a 180 giorni dal termine di utilizzo delle graduatorie di ammissione al corso di Medicina Generale ai sensi del D.M. 20.2.2015, possono beneficiare dell'applicazione della disposizione dell'articolo 8, comma 8 bis, del D. Lgs.n. 502/92.**

**Pertanto i suddetti medici potranno presentare domanda di inserimento "con riserva" nelle graduatorie regionali di settore della medicina generale valide per l'anno 2019, entro il 31 gennaio 2018, utilizzando il presente modello di domanda, compilando le parti di interesse.**

Nel ringraziare per la collaborazione si inviano cordiali saluti.

IL DIRIGENTE DELL'AREA

Barbara Solinas



REGIONE  
LAZIO

**DOMANDA DI INSERIMENTO NELLE GRADUATORIE REGIONALI  
DI SETTORE DELLA MEDICINA GENERALE  
ANNO 2019**

Apporre  
marca da  
bollo da  
Euro16,00  
e barrare

Alla REGIONE LAZIO  
Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali  
Area Risorse Umane GR/11/44  
Via Rosa Raimondi Garibaldi, 7 – 00145 Roma

☐ **PRIMO INSERIMENTO**    ☐ **CON RISERVA**    ☐ **INTEGRAZIONE TITOLI**

Il/La sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ sesso: [M] [F] codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
indirizzo: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ ASL di residenza \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_ secondo quanto  
previsto dall'art. 15 dell' accordo collettivo nazionale per la medicina generale del 23 marzo 2005 e s. m. i.  
del 29 luglio 2009 e del 8 luglio 2010

**CHIEDE**

**l'inserimento/l'integrazione titoli nelle graduatorie regionali di medicina generale, a valere per  
l'anno \_\_\_\_\_ relative alle attività nel settore di (barrare una o più caselle):**

- ☐ assistenza primaria                      ☐ emergenza sanitaria territoriale  
☐ continuità assistenziale                ☐ medicina dei servizi territoriali

**A tal fine dichiara**

☐ di essere ☐ non essere titolare a tempo indeterminato di incarico disciplinato dal vigente A.C.N..

In caso affermativo specificare il tipo di incarico \_\_\_\_\_

Acclude alla presente:

- ☐ n. \_\_\_\_\_ dichiarazioni sostitutive di certificazione ;  
☐ n. \_\_\_\_\_ dichiarazioni sostitutive dell'atto notorio  
☐ n. \_\_\_\_\_ fotocopia documento di identità

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso: ☐ la propria residenza    ☐ il domicilio sotto indicato:

c/o \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196, e in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo che il trattamento dei dati personali richiesti è finalizzato, da parte di questa Amministrazione, esclusivamente alla formazione della graduatoria regionale di Medicina Generale. Il trattamento dei dati viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici. Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra, pertanto, il sottoscrittore della domanda non potrà essere inserito in detta graduatoria nel caso in cui non acconsenta al trattamento dei propri dati personali. L'art. 7 del citato D. Lgs. conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui: ottenere dal Titolare del trattamento dei dati la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento. Titolare del trattamento dei dati è la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria. I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

**Data** \_\_\_\_\_

**FIRMA PER ESTESO** \_\_\_\_\_

**N.B. Ai fini della validità la domanda deve essere debitamente sottoscritta, la firma non è soggetta ad autenticazione, deve essere allegata fotocopia di un documento in corso di validità.**

## **AVVERTENZE E ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLA DOMANDA E DELLE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE**

### **REQUISITI PER L'ACCESSO:**

I medici che aspirano ad essere inseriti nelle graduatorie annuali di settore della medicina generale devono possedere, **alla data di scadenza del termine per la presentazione della domanda**, i seguenti requisiti:

- diploma di laurea in medicina e chirurgia;
- iscrizione all'Albo professionale;
- possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale come previsto dal Dlgs. 256/91, 368/1999 e 277/03 oppure titolo equipollente (abilitazione all'esercizio professionale conseguita entro il 31 dicembre 1994).

Come indicato dal Ministero della Salute con nota DGPROF 0062117 del 29 novembre 2017, sia i medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale che hanno usufruito della proroga ordinaria di cui all'art.9, comma 5, del D.M. 7.3.2006, come modificato dal D.M. 28.8.2014 – laddove l'iscrizione entro i 60 giorni dall'inizio del corso non consenta agli stessi di sostenere l'esame entro il 31 dicembre del terzo anno di corso e di iscriversi entro il 31 gennaio successivo alle graduatorie regionali della medicina convenzionata, sia i medici che limitatamente al triennio 2014/2017 hanno usufruito dell'ulteriore ampliamento fino a 180 giorni dal termine di utilizzo delle graduatorie di ammissione al corso di Medicina Generale ai sensi del D.M. 20.2.2015, possono beneficiare dell'applicazione della disposizione dell'articolo 8, comma 8 bis, del D.lgs.n. 502/92.

Pertanto gli interessati potranno presentare domanda di inserimento con riserva nelle graduatorie regionali di settore della medicina generale utilizzando il presente modello di domanda.

I medici che presentano domanda per la prima volta devono barrare la voce "**primo inserimento**"; tutti gli altri devono barrare la voce "**integrazione titoli**", i medici che presentano domanda ai sensi dell'articolo 8, comma 8 bis, del D. Lgs. n. 502/92 devono barrare anche la voce "**con riserva**".

**I medici devono indicare esplicitamente (barrando le relative caselle) per quale/i settori di attività richiedono l'inserimento.**

I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato per una o più attività di medicina generale, non possono fare domanda di inserimento nella relativa graduatoria di settore (Art. 15, comma 11, ACN 23 marzo 2005 e s. m. i. del 29 luglio 2009 e del 8 luglio 2010).

**Il medico già iscritto nelle graduatorie regionali di settore dell'anno precedente, anche in assenza di titoli aggiuntivi, deve presentare, per l'anno in corso, la domanda con l'autocertificazione dell'iscrizione all'albo professionale.**

**Al fine di snellire le procedure burocratiche e abbreviare i tempi necessari alla formazione delle graduatorie devono essere presentati soltanto gli ulteriori titoli acquisiti nel corso dell'ultimo anno, o eventuali titoli mai presentati nelle precedenti domande. Per eventuali informazioni è possibile rivolgersi al personale dell'Area ai seguenti numeri telefonici: 06/51685762 –06/51685475 – 06/51683184.**

## **MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA E DELLE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE:**

La domanda, compilata e debitamente sottoscritta, deve essere spedita con Raccomandata A.R. alla REGIONE LAZIO - Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali - Area Risorse Umane - Via R.R. Garibaldi 7 00145 Roma, entro e non oltre il 31 gennaio (a tal fine fa fede il timbro postale).

Inoltre la domanda deve essere in regola con le vigenti norme in materia di imposta di bollo (come da nota Agenzia Entrate 954-19608/2010) dell'importo di euro 16,00.

Alla domanda e alla dichiarazione sostitutiva deve essere allegata la fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

### **MOTIVI DI ESCLUSIONE:**

La mancata sottoscrizione della domanda, la mancanza dei requisiti, la spedizione della domanda oltre il termine perentorio del 31 Gennaio, comportano l'esclusione dalla graduatoria.

## **MODALITA' DI DOCUMENTAZIONE DEI TITOLI ACCADEMICI, DI STUDIO E DI SERVIZIO**

Ai sensi del DPR 445/2000 e s. m. i. i titoli accademici, di studio e di servizio devono essere prodotti utilizzando:

- per i titoli accademici e di studio, dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell'art.46 del DPR 445/2000 (**Allegato A debitamente sottoscritto**);
- per i titoli di servizio, dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, ai sensi dell'art.47 del DPR n. 445/2000 (**Allegato B debitamente sottoscritto**)

Ai fini della graduatoria sono valutabili solo i titoli di servizio posseduti alla data del 31 dicembre dell'anno precedente.

La mancata sottoscrizione delle dichiarazioni sostitutive, l'omissione e l'incompletezza dei dati potranno comportare la non attribuzione dei relativi punteggi.

Ai fini dell'attribuzione del punteggio, la dichiarazione dei titoli accademici e di servizio deve essere presentata in modo tale da poterne consentire la valutazione e non si terrà conto di quella dalla quale non è possibile dedurre i dati di valutazione.

Pertanto nella dichiarazione sostitutiva di atto notorio (All. B), si ribadisce che il servizio e l'attività svolta vanno indicati in modo completo, specificando, ove richiesto, la tipologia di incarico (a tempo determinato, indeterminato), i mesi di attività e per ciascun mese le ore effettivamente svolte.

E' necessaria inoltre l'esatta indicazione della AUSL e/o dell'Ente presso il quale il servizio è stato prestato.

L'Amministrazione regionale si riserva di effettuare, in qualsiasi momento, specifici controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rilasciate in attuazione delle disposizioni vigenti in materia.

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

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

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

ALLEGATO A

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445 del 28/12/2000

**Dichiara di essere in possesso di:**

**A3) Diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università di \_\_\_\_\_**  
in data \_\_\_\_\_ con voto:

<input type="checkbox"/> 110/110	Punti 1,00	<input type="checkbox"/> 105/110 a 109/110	Voto _____/110	Punti 0,50
<input type="checkbox"/> 110/110 e lode		<input type="checkbox"/> 95/100 a 99/100	Voto _____/100	
<input type="checkbox"/> 100/100				
<input type="checkbox"/> 100/100 e lode				
<input type="checkbox"/> 100/110 a 104/110	Voto _____/110			Punti 0,30
<input type="checkbox"/> 90/100 a 94/100	Voto _____/100			

**Abilitazione all'esercizio professionale conseguita presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_**

**Iscrizione all'Ordine dei medici di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_**

**A4) Specializzazione o libera docenza in medicina generale o disciplina equipollente ai sensi del D.M. 10.3.83 tab. B**

specializzazione in \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ (punti 2,00)

specializzazione in \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

conseguita presso l'Università' \_\_\_\_\_

**A5) Specializzazione o libera docenza nelle discipline affini alla medicina generale, ai sensi del D.M. 10.3.83 tab. B**

specializzazione in \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ (punti 0,50)

specializzazione in \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

conseguita presso l'Università' \_\_\_\_\_

**A7) Attestato di formazione in medicina generale di cui all'art. 1, comma 2 o all'art. 2, comma 2, del D.L.vo n. 256/91 e di cui alla legge 277/2003** (punti 7,20)

conseguito il \_\_\_\_\_ presso: \_\_\_\_\_

specificare data di inizio e data di conclusione del corso di formazione:

data inizio corso \_\_\_\_\_ data fine corso \_\_\_\_\_

**Iscritto al Corso di formazione in medicina generale triennio 2014/2017 di cui all'art. 1, comma 2 o all'art. 2, comma 2, del D.L.vo n. 256/91 e di cui alla legge 277/2003 - (Domanda ai sensi dell'articolo 8, comma 8 bis, del D.lgs.n. 502/92**

Data inizio corso il \_\_\_\_\_ presso: \_\_\_\_\_

Eventuali periodi di sospensione dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

## INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196, e in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo che il trattamento dei dati personali richiesti è finalizzato, da parte di questa Amministrazione, esclusivamente alla formazione della graduatoria regionale di Medicina Generale. Il trattamento dei dati viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici. Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra, pertanto, il sottoscrittore della domanda non potrà essere inserito in detta graduatoria nel caso in cui non acconsenta al trattamento dei propri dati personali. L'art. 7 del citato D. Lgs. conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui: ottenere dal Titolare del trattamento dei dati la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento. Titolare del trattamento dei dati è la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria. I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

**Data \_\_\_\_\_ FIRMA DEL DICHIARANTE \_\_\_\_\_**

N.B. Ai fini della validità la dichiarazione deve essere debitamente sottoscritta, la firma non è soggetta ad autenticazione, deve essere allegata fotocopia di un documento in corso di validità.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA  
DELL'ATTO DI NOTORIETÀ**  
(art. 47 DPR n. 445 del 28/12/2000)

**TITOLI DI SERVIZIO ED ATTIVITÀ SVOLTA**

**ALLEGATO B**

Io sottoscritt\_ Dott. \_\_\_\_\_  
cognome nome

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, **dichiara di essere in possesso dei seguenti titoli di servizio:**

**B8) Attività di assistenza primaria convenzionata, sia a tempo indeterminato che determinato, o svolta in qualità di associato nell'ambito della Regione Lazio:** (punti 0,30 per mese di attività)

**ANNO.....**

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_

**B7) Attività di assistenza primaria convenzionata, sia a tempo indeterminato che determinato, o svolta in qualità di associato in un'altra regione:** (punti 0,20 per mese di attività)

**ANNO.....**

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_

**B9) 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 0,20 per mese di attività)

**ANNO.....**

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ASL/medico \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ASL/medico \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ASL/medico \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ASL/medico \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ASL/medico \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ASL/medico \_\_\_\_\_

B9bis) Stessa attività di cui al punto precedente dovuta ad **attività sindacale** e sostituzioni d'ufficio anche se di durata inferiore a 5 gg.

(punti 0,20 per mese di attività)

Le sostituzioni **effettuate su base oraria** ai sensi dell'art. 23 sono valutate con gli stessi criteri di cui al titolo II, lett.c):

(punti 0,20 per mese ragguagliato a 96 h. di attività)

ANNO.....

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ ASL/medico \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_ ASL/medico \_\_\_\_\_

B11a) Servizio effettivo con incarico a tempo ☐ indeterminato, ☐ determinato o di ☐ sostituzione di **continuità assistenziale** in forma attiva:

(punti 0,20 per mese di attività, ragguagliato a 96 h. di attività)

**Barrare la casella corrispondente alla tipologia di incarico effettuato**

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 _____

B11b) Servizio effettivo con incarico a tempo ☐ indeterminato o ☐ determinato o di ☐ sostituzione nella **medicina dei servizi**: (punti 0,20 per mese di attività, ragguagliato a 96 h. di attività)

**Barrare la casella corrispondente alla tipologia di incarico effettuato**

ANNO.....

dal _____ al _____ ore _____ ASL _____	dal _____ al _____ ore _____ ASL _____
dal _____ al _____ ore _____ ASL _____	dal _____ al _____ ore _____ ASL _____
dal _____ al _____ ore _____ ASL _____	dal _____ al _____ ore _____ ASL _____
dal _____ al _____ ore _____ ASL _____	dal _____ al _____ ore _____ ASL _____
dal _____ al _____ ore _____ ASL _____	dal _____ al _____ ore _____ ASL _____
dal _____ al _____ ore _____ ASL _____	dal _____ al _____ ore _____ ASL _____

B6) Servizio effettivo nelle **attività territoriali** :

(punti 0,10 per mese di attività, ragguagliato a 52 h. di attività)

ANNO.....

dal _____ al _____ ore _____ ASL _____	dal _____ al _____ ore _____ ASL _____
dal _____ al _____ ore _____ ASL _____	dal _____ al _____ ore _____ ASL _____
dal _____ al _____ ore _____ ASL _____	dal _____ al _____ ore _____ ASL _____
dal _____ al _____ ore _____ ASL _____	dal _____ al _____ ore _____ ASL _____
dal _____ al _____ ore _____ ASL _____	dal _____ al _____ ore _____ ASL _____
dal _____ al _____ ore _____ ASL _____	dal _____ al _____ ore _____ ASL _____

B11c) Servizio effettivo con incarico a tempo ☐ indeterminato o ☐ determinato o di ☐ sostituzione nella **emergenza sanitaria territoriale: (Incarico ai sensi ACN Medicina Generale)**

**Barrare la casella corrispondente alla tipologia di incarico effettuato** (punti 0,20 per mese di attività)

ANNO.....

dal _____ al _____ ASL _____	dal _____ al _____ ASL _____
dal _____ al _____ ASL _____	dal _____ al _____ ASL _____
dal _____ al _____ ASL _____	dal _____ al _____ ASL _____
dal _____ al _____ ASL _____	dal _____ al _____ ASL _____
dal _____ al _____ ASL _____	dal _____ al _____ ASL _____
dal _____ al _____ ASL _____	dal _____ al _____ ASL _____

B12) Attività programmata nei servizi territoriali di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale in forma di reperibilità, ai sensi del presente Accordo:

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

ANNO.....

dal _____ al _____ ore _____ ASL _____	dal _____ al _____ ore _____ ASL _____
dal _____ al _____ ore _____ ASL _____	dal _____ al _____ ore _____ ASL _____
dal _____ al _____ ore _____ ASL _____	dal _____ al _____ ore _____ ASL _____
dal _____ al _____ ore _____ ASL _____	dal _____ al _____ ore _____ ASL _____
dal _____ al _____ ore _____ ASL _____	dal _____ al _____ ore _____ ASL _____
dal _____ al _____ ore _____ ASL _____	dal _____ al _____ ore _____ ASL _____

B13) Attività medica nei servizi di **assistenza stagionale** nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende:

(punti 0,20 per mese di attività)

ANNO.....

dal _____ al _____	ASL _____
dal _____ al _____	ASL _____
dal _____ al _____	ASL _____

B10) Attività, anche in forma di sostituzione, di medico **pediatria di libera scelta**, se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi:

(punti 0,10 per mese di attività)

ANNO.....

dal _____ al _____	ASL/medico _____
dal _____ al _____	ASL/medico _____
dal _____ al _____	ASL/medico _____
dal _____ al _____	ASL/medico _____

B17) **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:

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

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

B18) **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, limitatamente al periodo di concomitanza:

(punti 0,20 per mese)

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

**B16) Servizio civile volontario** espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina : (punti 0,10 per mese di attività per un massimo di 12 mesi)

**ANNO.....**

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

**B21) Servizio civile volontario** espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto in concomitanza di incarico conferito dalla Azienda ai sensi del presente Accordo :

(punti 0,20 per mese di attività per un massimo di 12 mesi)

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

**B19) Attività come medico specialista ambulatoriale** nella branca di medicina interna, e medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici, medico generico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato con il Ministero della Sanità per il servizio di assistenza ai naviganti:

(punti 0,05 per mese di attività)

**ANNO.....**

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

**B14) Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria nelle carceri** sia a tempo indeterminato che di sostituzione, e di **ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo**, anche l'attività di **medico di polizia** : (punti 0,20 per mese di attività)

**ANNO.....**

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

**B15) Servizio prestato presso Aziende termali** (Legge 24 ottobre 2000 n. 323 art. 8), equiparato all'attività di continuità assistenziale (\*): (punti 0,20 per mese di attività)

**ANNO.....**

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

**(\*) servizio prestato c/o aziende termali private accreditate in qualità di dipendente a tempo pieno, con rapporto di lavoro esclusivo e orario non inferiore a 35 ore settimanali**

B20) Servizio effettivo di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale, di emergenza territoriale, svolto in Paesi dell'Unione Europea, ai sensi della Legge 9 febbraio 1979 n. 38, della Legge 10 luglio 1960 n. 735 e successive modificazioni ed integrazioni e del D.M. 1 settembre 1988 n. 430 :

(punti 0,20 per mese di attività)

ANNO.....

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

(\*) Provvedimento n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

*(\*) 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) indicare gli estremi.*

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci (art. 76 D.P.R. 445/2000), dichiara che le notizie sopra riportare rispondono a verità.

**INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196, e in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo che il trattamento dei dati personali richiesti è finalizzato, da parte di questa Amministrazione, esclusivamente alla formazione della graduatoria regionale di Medicina Generale. Il trattamento dei dati viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici. Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra, pertanto, il sottoscrittore della domanda non potrà essere inserito in detta graduatoria nel caso in cui non acconsenta al trattamento dei propri dati personali. L'art. 7 del citato D. Lgs. conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui: ottenere dal Titolare del trattamento dei dati la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento. Titolare del trattamento dei dati è la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria. I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Data \_\_\_\_\_ FIRMA DEL DICHIARANTE \_\_\_\_\_

**N.B. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 del DPR 445/2000).**

**Ai fini della validità la dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato e inviata insieme alla fotocopia di un documento d'identità del dichiarante.**



REGIONE  
LAZIO

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA GRADUATORIA REGIONALE DI  
**PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA**  
VALIDA PER L'ANNO 2019

Apporre  
marca da  
bollo da  
Euro 16,00  
e barrare

ALLA REGIONE LAZIO  
Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali  
Area Risorse Umane GR/11/44  
Via Rosa Raimondi Garibaldi, 7 – 00145 Roma

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_ sesso: M sesso: F  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
indirizzo: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ ASL residenza \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere inserito nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta valida per l'anno \_\_\_\_\_

**ACCLUDE**

N..... *dichiarazioni sostitutive di certificazione ( autocertificazione )*

N..... dichiarazioni sostitutive dell'atto notorio

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

Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196, e in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo che il trattamento dei dati personali richiesti è finalizzato, da parte di questa Amministrazione, esclusivamente alla formazione della graduatoria regionale di Pediatria di libera scelta. Il trattamento dei dati viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici. Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra, pertanto, il sottoscrittore della domanda non potrà essere inserito in detta graduatoria nel caso in cui non acconsenta al trattamento dei propri dati personali. L'art. 7 del citato D. Lgs. conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui: ottenere dal Titolare del trattamento dei dati la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento. Titolare del trattamento dei dati è la Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio-sanitaria. I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
(Ai fini della validità della domanda)

**N.B. ALLEGARE FOTOCOPIA DOCUMENTO D'IDENTITA' VALIDO**

## **AVVERTENZE ED ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE.**

I pediatri che aspirano ad essere inseriti nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta devono possedere alla data di scadenza del termine per la presentazione della domanda (31 gennaio 2018) i seguenti requisiti:

- **Iscrizione all'Albo Professionale.**
- **Essere in possesso del diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti:**
  1. pediatria;
  2. clinica pediatrica;
  3. pediatria e puericoltura;
  4. patologia clinica pediatrica;
  5. patologia neonatale;
  6. puericoltura;
  7. pediatria preventiva e sociale.

La domanda, in regola con le vigenti leggi in materia di imposta di bollo, deve essere spedita a mezzo raccomandata o consegnata a mano entro e non oltre **il 31 gennaio 2018** alla Regione Lazio

Per l'accoglimento della domanda farà fede il timbro postale o il timbro apposto dall'ufficio protocollo se consegnata a mano.

Ai fini della graduatoria sono valutati solo i titoli di servizio posseduti alla data del 31 dicembre 2017.

Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità della dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio, il medico può trasmettere una copia fotostatica, anche non autenticata, dei certificati di servizio di cui sia già in possesso.

**Il medico già iscritto nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta, deve dichiarare soltanto gli ulteriori titoli acquisiti nel corso dell'ultimo anno, o eventuali titoli mai presentati nelle precedenti domande. Per eventuali informazioni è possibile rivolgersi ai seguenti numeri telefonici 06/51683548 – 06/51685260.**

FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA REGIONALE DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA  
VALIDA PER IL PERIODO:

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE - AUTOCERTIFICAZIONE –**

Il sottoscritto Dott.                      Cognome..... Nome.....

ai sensi e agli effetti dell' art. 46 del DPR 28 Dicembre 2000, n. 445 e successive modificazioni ed integrazioni, in materia di dichiarazioni sostitutive di certificazioni

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

Di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di..... dal.....

Di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università di..... in data..... con voto.....

**A11) Specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi del D.M. 10 marzo '83 tab. B e successive integrazioni (4,00 punti) conseguita**  
il.....presso.....

**A12) Specializzazione in discipline affini alla pediatria ai sensi del D.M. 10 marzo '83 tab. B e successive integrazioni (2,00 punti) conseguita**  
il.....presso.....

**A12b) Libere docenze in pediatria o discipline equipollenti ai sensi del D.M. 10 marzo '83 tab. B e successive integrazioni (2,00 punti) conseguita**  
il.....presso.....

**A12c) Libere docenze in discipline affini alla pediatria ai sensi del D.M. 10 marzo '83 tab. B e successive integrazioni (1,00 punti) conseguita**  
il.....presso.....

**A13) Specializzazioni o libere docenze in discipline diverse (0,20 punti) conseguita**  
il.....presso.....

**B17) Di aver svolto il servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina dal.....**  
al..... presso.....

**A14) Di essere in possesso del tirocinio abilitante svolto ai sensi della Legge n. 148 del 18 aprile 1975 conseguito il..... presso.....**

**A15) Di essere in possesso del titolo di animatore di formazione riconosciuto dalla Regione conseguito il..... presso.....**

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

Data.....

Firma del dichiarante.....

*(Non soggetta ad autenticazione)*

*( 1 ) Ai sensi degli art. 75 e 76 del DPR 28 Dicembre 2000, n. 445 e successive modificazioni ed integrazioni, le dichiarazioni mendaci e la falsità in atti, sono puniti dal codice penale. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.*

FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA REGIONALE DI PEDIATRIA DI LIBERA  
SCELTA VALIDA PER IL PERIODO:

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

**Esente da  
Imposta di bollo**

Il sottoscritto Dott. Cognome..... Nome.....

ai sensi e agli effetti degli art. 47 e 48 del DPR 28 Dicembre 2000, n. 445 e successive modificazioni  
ed integrazioni, in materia di dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà

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

**DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI TITOLI DI SERVIZIO**

**B51) Attività di specialista pediatra di libera scelta convenzionato** ai sensi dell'art. 48 della legge  
n.833/78 e dell'art. 8 – comma 1 – del decreto legislativo 502/92 e 517/93 compreso quella svolta in  
qualità di associato o di sostituto (0,60 punti per mese di attività );

dal..... al..... presso.....  
dal..... al..... presso.....  
dal..... al..... presso.....  
dal..... al..... presso.....  
dal..... al..... presso.....

**B51) Attività di sostituzione per attività sindacale** (0,60 punti per mese ragguagliato a 96 ore di  
attività);

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

♦  
inserire il nome del medico sostituito

**B55) Attività di specialista pediatra svolta a qualsiasi titolo presso strutture sanitarie pubbliche. (0,05 punti per mese di attività)**

dal..... al.....Struttura.....  
dal..... l.....Struttura.....  
dal..... al.....Struttura.....

**B52) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato nella medicina dei servizi o svolto, anche a titolo di sostituzione, nei servizi di guardia medica e di continuità assistenziale e nell'emergenza sanitaria territoriale e di assistenza primaria, in forma attiva (0,10 punti per mese ragguagliato a 96 ore di attività) \*\*\*\* vedi allegato A per la compilazione \*\*\*\***

**B53) Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche, organizzate dalle Regioni o dalle UU.SS.LL. (0.10 per mese)**

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

**B54) Attività di specialista pediatra svolta all'estero ai sensi della legge 9 febbraio 79, n. 38, della legge 10 luglio 1960, n. 735, e successive modificazioni e del decreto ministeriale 1° settembre 1988, n.430 ( 0,10 punti per mese di attività )**

dal..... al.....presso.....  
dal..... al.....presso.....  
dal..... al.....presso.....

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

Luogo e data ..... (2) Firma del dichiarante.....

*(1) Ai sensi degli art. 75 e 76 del DPR 28 Dicembre 2000, n. 445 e successive modificazioni ed integrazioni, le dichiarazioni mendaci e la falsità negli atti, sono puniti dal codice penale. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.*

*(2) Ai sensi dell'art. 38 – comma 3 – del DPR 28 Dicembre 2000, n. 445 e successive modificazioni ed integrazioni, la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica, ancorché non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.*

## ALLEGATO " A "

Dott.      Cognome..... Nome.....

Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato nella medicina dei servizi o svolto, anche a titolo di sostituzione nei servizi di guardia medica, di continuità assistenziale o nell'emergenza sanitaria territoriale in forma attiva (0.10 per mese ragguagliato a 96 ore mensili di attività) \*

A N N O .....

Azienda Sanitaria Locale.....

Gennaio              dal..... al.....  
ore.....

Febbraio            dal..... al.....  
ore.....

Marzo                dal..... al.....  
ore.....

Aprile                dal..... al.....  
ore.....

Maggio               dal..... al.....  
ore.....

Giugno               dal..... al.....  
ore.....

Luglio                dal..... al.....  
ore.....

Agosto              dal..... al.....  
ore.....

Settembre           dal..... al.....  
ore.....

Ottobre              dal..... al.....  
ore.....

Novembre            dal..... al.....  
ore.....

Dicembre            dal..... al.....  
ore.....

\* per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare una o più volte l'allegato " A ".

A N N O .....

Azienda Sanitaria Locale.....

Gennaio                    dal.....                    al.....  
   ore.....

Febbraio                    dal.....                    al.....  
   ore.....

Marzo                    dal.....                    al.....  
   ore.....

Aprile                    dal.....                    al.....  
   ore.....

Maggio                    dal.....                    al.....  
   ore.....

Giugno                    dal.....                    al.....  
   ore.....

Luglio                    dal.....                    al.....  
   ore.....

Agosto                    dal.....                    al.....  
   ore.....

Settembre                    dal.....                    al.....  
   ore.....

Ottobre                    dal.....                    al.....  
   ore.....

Novembre                    dal.....                    al.....  
   ore.....

Dicembre                    dal.....                    al.....  
   ore.....

Firma.....

Da "Area Risorse Umane SSR" <arearisorseumanessr@regione.lazio.legalmail.it>  
"protocollo@pec.aslroma1.it" <protocollo@pec.aslroma1.it>, "protocollo@pec.aslromad.it"  
<protocollo@pec.aslromad.it>, "protocollo@pec.aslromag.it" <protocollo@pec.aslromag.it>,  
"protocollo@pec.aslrmf.it" <protocollo@pec.aslrmf.it>, "protocollo.generale@pec.aslroma2.it"  
<protocollo.generale@pec.aslroma2.it>, "servizio.protocollo@pec.aslromah.it"  
<servizio.protocollo@pec.aslromah.it>, "protocollo@pec.aslfrosinone.it" <protocollo@pec.aslfrosinone.it>,  
A "protocolloaoo01@pec.ausl.latina.it" <protocolloaoo01@pec.ausl.latina.it>, "prot.gen.asl.vt.it@legalmail.it"  
<prot.gen.asl.vt.it@legalmail.it>, "asl.rieti@pec.it" <asl.rieti@pec.it>, "direzione.generale@pec.ares118.it"  
<direzione.generale@pec.ares118.it>, "protocollopec.fr@pec.omceo.it" <protocollopec.fr@pec.omceo.it>,  
"protocollo@pec.omceoroma.it" <protocollo@pec.omceoroma.it>, "ordine@pec.ordinemedicilatina.it"  
<ordine@pec.ordinemedicilatina.it>, "legalmail@pec.omceorieti.it" <legalmail@pec.omceorieti.it>,  
"segreteria.vt@pec.omceo.it" <segreteria.vt@pec.omceo.it>

Data mercoledì 27 dicembre 2017 - 13:13

---

**trasmissione modelli domanda graduatorie MMG PLS**

Si trasmette la nota relativa all'oggetto.

Cordiali saluti

---

**Allegato(i)**

nota 653134 21.12.2017.pdf (363 Kb)

02\_modello di domanda graduatoria MG valida anno 2019.pdf (349 Kb)

MODELLO di Domanda Graduatoria PLS valida anno 2019 (003).pdf (356 Kb)