



## Regione Siciliana

### DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA GRADUATORIA REGIONALE DI MEDICINA GENERALE VALIDA PER L'ANNO 2005

Marca da bollo

**All'Assessorato Regionale Sanità  
Servizio 8° - Dipartimento F. S. R.  
Piazza O. Ziino n° 24  
90145 Palermo**

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

nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ comune di residenza \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. n° \_\_\_\_\_

Inserito nella Graduatoria valida per l'anno **2004**  
( barrare la casella che interessa )

**Si**

**No**

indicare l'anno dell'ultima Graduatoria di Medicina Generale nella quale si è stati inseriti: \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

di essere inserito nella Graduatoria Regionale di Medicina Generale valida per l'anno **2005**

#### ACCLUDE

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

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

N° .....certificati

Copia fotostatica di un documento di identità

Data.....

Firma.....

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

I medici che aspirano ad essere inseriti nella Graduatoria Regionale di Medicina Generale per l'accesso alle attività di assistenza primaria, continuità assistenziale ed emergenza sanitaria territoriale, devono possedere alla data di scadenza del termine per la presentazione della domanda (31/01/2004) i seguenti requisiti:

- **Iscrizione all'Albo Professionale;**
- **Essere in possesso dell'attestato di Formazione in Medicina Generale, o Titolo Equipollente, come previsto dai Decreti Legislativi dell' 08/08/91 n° 256 e del 17/08/99 n° 368. \***

La mancata presentazione della documentazione comprovante il possesso dei requisiti comporta l'esclusione dalla graduatoria.

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 **31/01/2004** all'Assessorato Regionale Sanità – Servizio 8° - Dipartimento Fondo Regionale Sanitario - Piazza O. Ziino n° 24 – 90145 Palermo.

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 i soli titoli di servizio posseduti alla data del 31/12/2003.

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 che sia già stato iscritto nella Graduatoria Regionale dell'anno 2004, oltre a produrre la documentazione comprovante l'iscrizione all'Albo professionale, deve dichiarare solo il possesso dei titoli di servizio acquisiti nel corso dell'anno 2003 nonché di eventuali titoli di servizio non presentati nelle precedenti graduatorie.

Nel caso in cui, dalla data dell'ultima Graduatoria, siano trascorsi più di **10 (dieci)** anni, il medico è invitato a compilare l'apposita dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, indicando tutti i servizi svolti dal giorno del conseguimento della laurea sino al 31/12/03.

**\* ai sensi dell'art. 3 del D.Lvo 7 giugno 2000 n° 168 (G.U.R.I. n° 144 del 22/06/00) “ i medici che frequentano il secondo anno del corso biennale di formazione specifica in medicina generale possono presentare, nei termini stabiliti, domanda per l'inclusione nella graduatoria regionale dei medici aspiranti alla assegnazione degli incarichi di medicina generale, autocertificando la frequenza al corso, qualora il corso non sia concluso e il relativo attestato non sia stato rilasciato entro il 31 dicembre dell'anno stesso, a causa del ritardo degli adempimenti regionali. L'attestato di superamento del corso biennale è prodotto dell'interessato, durante il periodo di validità della graduatoria regionale, unitamente alla domanda di assegnazione delle zone carenti. Il mancato conseguimento dell'attestato comporta la cancellazione dalla graduatoria regionale.”**

## Formazione della graduatoria regionale di medicina generale da valere per l'anno 2005

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE -AUTOCERTIFICAZIONE-

#### Esente da imposta di bollo

Il sottoscritto Dott. Cognome..... Nome.....  
C. F.....

ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D. P. R. 445 del 28/12/2000 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

#### DICHIARA

1. Di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di.....dal.....
2. Di essere stato iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di.....  
dal.....al.....e all'Ordine dei Medici della Provincia di.....  
dal.....al.....
3. Di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso  
l'Università di.....in data.....con voto.....
4. Di essere abilitato all'esercizio professionale dal.....
5. Di essere in possesso della specializzazione o libera docenza in Medicina Generale  
Specializzazione/libera docenza in.....conseguita il.....  
presso.....  
Specializzazione/libera docenza in.....conseguita il.....  
presso.....
6. Di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione in Medicina Generale conseguito  
entro il 31/12/2003 presso.....,corso svolto dal.....al.....

7. Di essere/non essere in possesso dell'attestato di formazione in Medicina Generale conseguito tra il 1° ed il 31/01/2004 presso.....
8. Di essere iscritto al II° anno del corso di formazione specifica in Medicina Generale relativo al biennio 2001/2003 presso la Regione .....
9. Di aver svolto il servizio militare di leva o sostituto nel servizio civile dopo il conseguimento del diploma di laurea in Medicina dal .....al.....presso.....
10. Di aver svolto servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto in concomitanza di incarico ai sensi del D. P. R. 270/00  
dal.....al.....presso.....  
dal.....al.....presso.....

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

Data.....

Firma del dichiarante.....  
( non soggetta ad autenticazione )

( 1 ) ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D. P. R. 445/00 “ chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia ”.

# Formazione della graduatoria regionale di medicina generale da valere per l'anno 2005

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

**Esente da  
Imposta di bollo**

Il sottoscritto Dott. Cognome..... Nome.....  
C. F.....

ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D. P. R. 445 del 28/12/2000 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

## DICHIARA

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

1. Medico di assistenza primaria convenzionato compresa l'attività in qualità di associato svolta nella regione Sicilia ( 0.30 punti per mese di attività );  
A.S.L. n°.....Distretto di.....dal.....al.....  
A.S.L. n°.....Distretto di.....dal.....al.....  
A.S.L. n°.....Distretto di.....dal.....al.....
2. Medico di assistenza primaria convenzionato compresa l'attività in qualità di associato prestata fuori dalla regione Sicilia ( 0.20 punti per mese di attività );  
A.S.L. n°.....Distretto di.....dal.....al.....  
A.S.L. n°.....Distretto di.....dal.....al.....  
A.S.L. n°.....Distretto di.....dal.....al.....
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 ( 0.20 punti per mese di attività );  
dal.....al.....medico\*.....A.S.L.....  
dal.....al.....medico\*.....A.S.L.....  
dal.....al.....medico\*.....A.S.L.....
4. Stessa attività di cui al punto precedente dovuta ad attività sindacale anche se di durata inferiore ai 5 gg. continuativi. Le sostituzioni effettuate su base oraria sono valutate con gli stessi criteri di cui al punto 5 ( 0.20 punti per mese di attività );  
dal.....al.....medico\*.....A.S.L.....  
dal.....al.....medico\*.....A.S.L.....  
dal.....al.....medico\*.....A.S.L.....

5. Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o anche a titolo di sostituzione nei servizi di Guardia Medica e di Continuità Assistenziale in forma attiva ( 0.20 punti per mese ragguagliato a 96 ore di attività);

**- vedi allegato A per la compilazione -**

6. Servizio effettivo con incarico a tempo determinato e indeterminato nell’Emergenza Sanitaria Territoriale ( 0.20 punti per ogni mese di attività );

**- vedi allegato A1 per la compilazione –**

7. Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o determinato o di sostituzione nella Medicina dei Servizi ( 0.20 punti per ogni mese di attività ragguagliato a 96 ore );

**- vedi allegato A2 per la compilazione –**

8. Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate ( 0.10 punti per mese di attività corrispondente a 52 ore );

A.S.L. n°.....Distretto di.....dal.....al.....

A.S.L. n°.....Distretto di.....dal.....al.....

A.S.L. n°.....Distretto di.....dal.....al.....

9. Attività programmate nei servizi territoriali di Continuità Assistenziale e di Emergenza Sanitaria Territoriale in forma di reperibilità ( 0.05 per ogni mese di attività ragguagliato a 96 ore );

**- vedi allegato A3 per la compilazione –**

10. Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche, organizzate dalle Regioni o dalle AA. SS. LL.;

A.S.L. n°.....Distretto di.....dal.....al.....

A.S.L. n°.....Distretto di.....dal.....al.....

A.S.L. n°.....Distretto di.....dal.....al.....

11. Attività, anche in forma di sostituzione, di pediatra di libera scelta se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 gg. continuativi ( 0.10 punti per mese di attività );

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

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

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

12. 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 ( 0.05 punti per mese di attività );

A.S.L. n°.....Distretto di.....dal.....al.....

A.S.L. n°.....Distretto di.....dal.....al.....

A.S.L. n°.....Distretto di.....dal.....al.....

13. Astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio durante il periodo di incarico a tempo determinato e indeterminato nell'area della medicina generale ( 0.20 punti per mese fino a un massimo di mesi 5 per ogni evento; tale punteggio è elevato a 0.30 al mese se l'astensione è concomitante ad incarico di medicina generale a tempo indeterminato nella regione nella cui graduatoria si chiede l'inserimento ).  
dal.....al.....

---

\* inserire il nome del medico sostituito

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

Data.....( 2 ) Firma del dichiarante.....  
( non soggetta ad autenticazione )

( 1 ) ai sensi dell'art. 76 comma 1 D. P. R. 445/00 “ chiunque rilascia documentazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia “.

( 2 ) ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D. P. R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

ALLEGATO "A"

Dott. Cognome ..... Nome.....

C. F.....

Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, o anche a titolo di sostituzione, nei servizi di Guardia Medica o di Continuità Assistenziale in forma attiva.

Anno ..... A.S.L. n° ..... Distretto di.....

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.....

ALLEGATO "A1"

Servizio effettivo con incarico a tempo determinato o indeterminato nell’Emergenza Sanitaria Territoriale

Anno ..... A.S.L. n° ..... Distretto di.....

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.....**

ALLEGATO "A2"

Dott. Cognome ..... Nome.....

C. F.....

Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione nella Medicina dei Servizi.

Anno ..... A.S.L. n° ..... Distretto di.....

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.....

ALLEGATO "A3"

Attività programmata nei servizi territoriali di Continuità Assistenziale o di Emergenza Sanitaria Territoriale in forma di reperibilità.

Anno ..... A.S.L. n° ..... Distretto di.....

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**.....