



**REGIONE MOLISE**  
**Direzione Generale per la Salute**  
**Servizio Supporto al Direttore**  
**Generale, Risorse Umane del**  
**S.S.R. , Formazione, E.C.M.**  
**Via Nazario Sauro,1**  
**86100 CAMPOBASSO**

**PEC: [regionemolise@cert.regione.molise.it](mailto:regionemolise@cert.regione.molise.it)**

**DOMANDA DI INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA UNICA REGIONALE DELLA  
MEDICINA GENERALE**

**VALIDA PER L'ANNO 2020**

**PRIMO INSERIMENTO**

in possesso dell'attestato di formazione specifica in medicina generale

in attesa di conseguire l'attestato di formazione specifica in medicina generale da acquisire e autocertificare entro il 15 settembre 2019

**INTEGRAZIONE TITOLI**

Il/La sottoscritto/a, secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale 29 luglio 2009 e s.m.i., chiede di essere inserito nella graduatoria unica regionale per la medicina generale, valevole per l'anno 2020, per lo svolgimento delle attività nel settore/settori di seguito specificato/i (*barrare il settore/settori per il quale si intende concorrere*):

- Assistenza primaria,
- Continuità assistenziale,
- Medicina dei servizi territoriali,
- Emergenza sanitaria territoriale (*solo per coloro che sono in possesso del relativo attestato di idoneità*).

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e ss.mm.ii.,

**dichiara**

sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, previste dall'art. 76 del citato D.P.R.:

***Dati anagrafici***

Cognome .....Nome .....  
nato/a a ..... Prov. ....  
il ..... Codice Fiscale .....  
Stato estero di nascita .....  
Comune di residenza..... Prov. ....  
Indirizzo ..... n. .... CAP .....  
Indirizzo *e-mail* ..... Indirizzo *PEC* .....  
Recapito telefonico .....

**Indirizzo presso il quale inviare eventuali comunicazioni:**

la propria residenza  
 il domicilio sotto indicato:  
c/o .....Comune .....Prov. ....  
Indirizzo ..... n. .... CAP .....  
Indirizzo *e-mail* ..... Indirizzo *PEC* .....  
Recapito telefonico .....

- di non essere già titolare di incarico a tempo indeterminato nei suddetti settori prescelti per i quali intende concorrere;
- di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale (art. 96 A.C.N. 23 marzo 2005) conseguito in data \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- di essere cittadino italiano;
- di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE (specificare)\_\_\_\_\_;
- di essere cittadino del seguente Stato\_\_\_\_\_ ed in possesso di uno dei requisiti di cui all'art. 38, commi 1 e 3 bis del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i.;
- di non fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministero del Lavoro e della previdenza sociale;
- di non fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente (tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni della "quota A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM).

**TITOLI ED ATTIVITÀ SVOLTA**

	PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO
<b>I Titoli accademici e di studio</b>	
Diploma di laurea conseguito in data _____ con votazione: _____/_____ Università _____ (voto 110/110 e lode o 100/100 e lode: punti. 1,00; voto da 105/110 a 109/110 o da 95/100 a 99/100: punti. 0,50; voto da 100/110 a 104/110 o da 90/100 a 94/100 punti 0,30)	= punti
Abilitazione all'esercizio della professione medica conseguita in data : _____(indicare gg/mm/aa) presso l'Università _____ _____ _____ (specificare la città sede dell'Università e la denominazione dell'Università stessa)	
Iscrizione all'Ordine dei Medici della provincia di _____ dal _____(indicare gg/mm/aa)	
Specializzazione in disciplina equipollente alla medicina generale, ai sensi della normativa vigente: specializzazione in: _____ conseguita in data _____ Università di _____ _____ (specificare la città sede dell'Università e la denominazione dell'Università stessa) inizio frequenza _____ fine frequenza _____ (indicare gg/mm/aa) specializzazione in: _____ conseguita in data _____ Università di _____ _____ (specificare la città sede dell'Università e la denominazione dell'Università stessa) inizio frequenza _____ fine frequenza _____ (indicare gg/mm/aa)	Tot. n. _____ X 0,50 = punti
Specializzazione nelle discipline affini alla medicina generale, ai sensi della normativa vigente: specializzazione in: _____ conseguita in data _____ Università di _____ _____ (specificare la città sede dell'Università e la denominazione dell'Università stessa) inizio frequenza _____ fine frequenza _____ (indicare gg/mm/aa) specializzazione in: _____ conseguita in data _____ Università di _____ _____ (specificare la città sede dell'Università e la denominazione dell'Università stessa) inizio frequenza _____ fine frequenza _____ (indicare gg/mm/aa)	Totale n. _____ X 0,50 = punti

<p>Attestato di formazione in medicina generale di cui all'art. 1, comma 2 e all'art. 2, comma 2, del d. lgs. n. 256/91 e delle corrispondenti norme del d. lgs. n. 368/99 e di cui al d. lgs. n. 277/2003 (punti 7,20) conseguito in data _____ (indicare gg/mm/aa)</p> <p>nella Regione _____</p> <p>periodo di svolgimento del corso : dal _____ al _____ (indicare gg/mm/aa)</p>	= punti	
<p>Iscrizione al corso di formazione di medicina generale di cui all'art. 1, comma 2 e all'art. 2, comma 2, del d. lgs. n. 256/91 e delle corrispondenti norme del d. lgs. n. 368/99 e di cui al d. lgs. n. 277/2003, del triennio ____/____/____, iniziato il _____ presso la Regione _____ con previsione di conseguimento del titolo entro il 15 settembre 2019</p>	= punti	
<p>Conoscenza della lingua inglese documentata dal possesso di certificato non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE) conseguito il _____ presso _____ (punti 0,20)</p>	= punti	
<p>Conoscenza dei principali programmi informatici documentata dal possesso della Patente Europea per l'utilizzo del PC (ECDL) conseguita il _____ presso _____ (punti 0,20)</p>	= punti	
<p><b>II Titoli di servizio</b></p>	Punteggi stessa Regione	Punteggi altra Regione
<p>Attività di assistenza primaria convenzionata, sia con incarico a tempo indeterminato che con incarico provvisorio (Regione _____):</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p>	<p>Tot. mesi ____X 0,30=</p> <p>punti</p>	<p>Tot. mesi ____X 0,20=</p> <p>punti</p>
<p>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):</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p>	<p>Tot. mesi ____X 0,20=</p> <p>punti</p>	
<p>Stessa attività di cui al punto precedente dovuta ad attività sindacale e sostituzioni d'ufficio anche se di durata inferiore a 5 gg. Le sostituzioni effettuate su base oraria ai sensi dell'art. 37 sono valutate con gli stessi criteri di cui al Titolo II, lett. c):</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p> <p>dal _____ al _____</p>	<p>Tot. mesi ____X 0,20=</p> <p>punti</p>	
<p>Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato, provvisorio o di sostituzione, nella continuità assistenziale (per mese, ragguagliato a 96 ore di attività):</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p>	<p>Tot. mesi ____X 0,20=</p> <p>punti</p>	

<p>Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o di sostituzione nella medicina dei servizi territoriali (per mese, ragguagliato a 96 ore di attività):</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p>	<p>Tot. mesi _____ X 0,20=</p> <p>punti</p>
<p>Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato, provvisorio o di sostituzione nella emergenza sanitaria territoriale (per ogni mese di attività):</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____</p>	<p>Tot. mesi _____ X 0,20=</p> <p>punti</p>
<p>Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate (per ogni mese di attività corrispondente a 52 ore):</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p>	<p>Tot. mesi _____ X 0,10=</p> <p>punti</p>
<p>Attività programmata nei servizi territoriali, di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale in forma di reperibilità ai sensi del vigente accordo (per mese, ragguagliato a 96 ore di attività):</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p>	<p>Tot. mesi _____ X 0,05=</p> <p>punti</p>
<p>Attività medica nei servizi di assistenza ai turisti organizzata dalle Regioni o dalle Aziende (per mese):</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>A.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____</p>	<p>Tot. mesi _____ X 0,20=</p> <p>punti</p>
<p>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):</p> <p>dal _____ al _____</p>	<p>Tot. mesi _____ X 0,10=</p> <p>punti</p>
<p>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):</p> <p>dal _____ al _____</p>	<p>Tot. mesi _____ X 0,20=</p> <p>punti</p>
<p>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 mese per un massimo di 12 mesi):</p> <p>dal _____ al _____</p>	<p>Tot. mesi _____ X 0,10=</p> <p>punti</p>

<p>Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della L.64/2007, svolto in concomitanza di incarico convenzionale conferito da Azienda Sanitaria nell'area medicina generale e limitatamente al periodo di concomitanza (per mese, per un massimo di 12 mesi):</p> <p>dal _____ al _____</p>	<p>Tot. mesi _____ X 0,20= punti</p>
<p>Attività di ufficiale medico in servizio permanente effettivo, di medico della Polizia di Stato (per mese di attività):</p> <p>dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____</p>	<p>Tot. mesi _____ X 0,20= punti</p>
<p>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):</p> <p>dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____</p>	<p>Tot. mesi _____ X 0,10= punti</p>
<p>Attività come medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna; medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici, medico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato con il Ministero della Sanità per il servizio di assistenza sanitaria ai naviganti (per mese di attività):</p> <p>dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____</p>	<p>Tot. mesi _____ X 0,05= punti</p>
<p>Attività di servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o anche a titolo di sostituzione di medico di assistenza penitenziaria/servizio effettivo in rapporto di convenzionamento con il SSN, presso gli Istituti penitenziari (per mese di attività ragguagliato a 96h):</p> <p>dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____</p>	<p>Tot. mesi _____ X 0,20= punti</p>
<p>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 (per mese di attività):</p> <p>dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____</p>	<p>Tot. mesi _____ X 0,20= punti</p>
<p>Servizio prestato presso aziende termali (Legge 24 ottobre 2000 n. 323, art.8),equiparato all'attività di continuità assistenziale (per mese di attività):</p> <p>dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____</p>	<p>Tot. mesi _____ X 0,20= punti</p>
<p>Servizio effettivo, svolto in paesi dell'Unione Europea, riconducibile all'attività di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale, di emergenza territoriale; servizio prestato ai sensi della Legge 11 agosto 2014, n.125 e assistenza sanitaria prestata da medici italiani ai sensi del decreto ministeriale 1° settembre 1988 n. 430 (per mese di attività):</p> <p>dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____</p>	<p>Tot. mesi _____ X 0,20= punti</p>

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 \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara inoltre:

- di  non aver  avere subito provvedimenti di revoca del rapporto convenzionale di medico di medicina generale. In caso affermativo indicare la data di revoca del rapporto convenzionale \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e l'Azienda che ha adottato il provvedimento \_\_\_\_\_;

- che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

Allegati:

- copia di documento di identità in corso di validità
- n. copie fotostatiche di certificati di servizio
- n. fogli relativi a titoli accademici e/o di attività.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

#### INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Regolamento Europeo 27 aprile 2016 n. 2016/679/UE e del Codice della Privacy, D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 modificato dal D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101, si informa che:

- i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente per le finalità strettamente necessarie e connesse alla formazione della graduatoria regionale di medicina generale valida per l'anno 2020. Per tali finalità l'acquisizione dei dati è necessaria e il loro mancato conferimento, o una loro omissione, può comportare l'esclusione dalla procedura;
- il trattamento viene effettuato mediante strumenti cartacei e informatici;
- i dati saranno conservati presso gli archivi cartacei e/o informatizzati esistenti presso la Direzione Generale per la Salute – Servizio Supporto al Direttore Generale, Risorse Umane del S.S.R., Formazione, E.C.M. – Via N. Sauro, 1 – Campobasso. Essi saranno conservati per il periodo di tempo stabilito dalle norme in materia di conservazione di atti e documenti della Pubblica Amministrazione;
- l'interessato ha diritto di accedere ai dati che lo riguardano;
- i dati relativi al nominativo dell'istante ed al punteggio saranno pubblicati sul sito istituzionale e nel Bollettino Ufficiale della Regione Molise; gli altri dati possono essere comunicati, per finalità istituzionali e in base a disposizioni di legge, alle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale;
- i dati raccolti, fatta salva la pubblicazione e le comunicazioni di cui sopra, non saranno diffusi e non saranno oggetto di comunicazione a soggetti diversi da quelli abilitati al trattamento senza suo esplicito assenso.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

dichiara

di aver preso visione dell'informativa che precede ed esprime il consenso al trattamento dei dati.

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma