

**Allegato A.**

**DOMANDA DI PRIMO INSERIMENTO NELLE GRADUATORIE  
REGIONALI DELLA MEDICINA GENERALE**

RACCOMANDATA

All'Assessore alla Sanità  
Regione \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_ il \_\_\_\_\_ M \_\_\_ F \_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Comune di residenza \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
Azienda U.S.L. di residenza \_\_\_\_\_ ,

FA DOMANDA

di inserimento, secondo quanto previsto dall'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale ex art. 8 del D.L.vo 30.12.92, n. 502, e successive modificazioni, nella graduatoria regionale per la medicina generale, a valere per l'anno \_\_\_\_, relativa all'attività nel settore di:

- a) Assistenza Primaria;
- b) Continuità Assistenziale;
- c) Emergenza Sanitaria Territoriale, ove presente;
- d) Medicina dei servizi territoriali, ove presente.

A tal fine acclude alla presente la seguente documentazione:

- a) certificato di iscrizione all'ordine dei Medici della provincia di \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ (Vedi nota)
- b) Attestato di formazione specifica in Medicina generale;
- c) Autocertificazione di titolo equipollente;
- d) n. \_\_\_ documenti relativi ai titoli in suo possesso - valutabili ai fini della graduatoria predetta - e specificati nel prospetto interno.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

c/o \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ firma per esteso \_\_\_\_\_

**AVVERTENZE IMPORTANTI**

L'attestazione dell'Ordine dei Medici deve avere la data di rilascio non antecedente a 6 mesi dalla data di presentazione della domanda. La mancata presentazione di questo documento o la sua incompletezza comporta l'esclusione dalla graduatoria.

I documenti comprovanti il possesso dei titoli dichiarati devono essere in regola con le norme sull'imposta di bollo e le disposizioni di legge vigenti.

Ai fini della attribuzione del relativo punteggio, la documentazione allegata deve essere tale da poterne consentire la valutazione e non si terrà conto di quella dalla quale non è possibile dedurre i dati di valutazione o di quella mancante rispetto a quanto dichiarato dal medico.

VALUTAZIONE TITOLI ED ATTIVITÀ SVOLTA

	PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO	
<i>I Titoli accademici o di studio</i>		
Diploma di laurea conseguito con voti da 100 a 104 o da 90 a 94 (punti 0,30) - voto _____/110 (Punti 0.30) - voto _____/100 conseguito con voto 110/110 e lode o 100/100 e lode:  p. 1,00 b) diploma di laurea conseguito con voti da 105/110 a 109/110 o da 95/100 a 99/100:  p. 0,50	= punti	
Diploma di laurea conseguito con voti da 105 a 109 o da 95 a 99 (punti 0,50) - voto _____/110 (punti 0,50) - voto _____/110	= punti	
Diploma di laurea conseguito con voti 110/110 e lode (punti 1,00) - voto _____/110	= punti	
Specializzazione o libera docenza in medicina generale o disciplina equipollente ai sensi del D.M. 10.3.83 tab.B  specializzazione in _____ specializzazione in _____	Totale n. ____ X 2,00 = punti	
Specializzazione o libera docenza nelle discipline affini alla medicina generale, ai sensi del D.M. 10.3.83 tab.B  specializzazione in _____ specializzazione in _____	Totale n.    x 0,50 = punti	
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) dal _____ al _____	= punti	
<i>II Titoli di servizio</i>	Punteggi Stessa Regione	Punteggi Altra Regione
Attività di assistenza primaria convenzionata, a tempo indeterminato, determinato, o svolta in qualità di associato  dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	Totale Mesi X 0,30.  p. _____	Totale Mesi X 0,20.  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): dal _____ al _____	Totale	

	PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO	
dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	Mesi X 0,20.  p. _____	
Stessa attività di cui al punto precedente dovuta ad attività sindacale e sostituzioni d'ufficio anche se di durata inferiore a 5 gg. (3). Le sostituzioni effettuate su base oraria ai sensi dell'art. 23 sono valutate con gli stessi criteri di cui al Titolo II, lett. c) dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	Totale Mesi X 0,20.  p. _____	
Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione di continuità assistenziale (per mese, ragguagliato a 96 ore di attività) U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____	Totale Mesi X 0,20.  p. _____	p. _____
Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o di sostituzione nella medicina dei servizi (per mese, ragguagliato a 96 ore di attività) U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____	Totale Mesi X 0,20.  p. _____	
Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione nella emergenza sanitaria territoriale U.S.L. _____ dal _____ al _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____	Totale Mesi X 0,20.  p. _____	
Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate: per ogni mese di attività corrispondente a 52 ore: U.S.L. _____ dal _____ al _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____	(*)  Totale Mesi X 0,10.  p. _____	

	PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO	
Attività programmata nei servizi territoriali di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale in forma di reperibilità ai sensi del presente accordo ( per mese, ragguagliato a 96 ore di attività) U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____	(*)  Totale Mesi X 0,05.  p. _____	
Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende: (per mese) U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____	(*)  Totale Mesi X 0,20.  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) dal _____ al _____	(*)  Totale Mesi X 0,10.  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) dal _____ al _____	(*)  Totale Mesi X 0,20.  p. _____	
servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto dopo la laurea in medicina e chirurgia: (per mese per un massimo di 12 mesi) dal _____ al _____	(*)  Totale Mesi X 0,10.  p. _____	
servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto in concomitanza di incarico ai sensi del presente Accordo: (per mese per un massimo di 12 mesi) dal _____ al _____	(*)  Totale Mesi X 0,20.  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). dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	Totale Mesi X 0,10.  p. _____	
Attività come medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna, e medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici, medico 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) dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	(*)  Totale Mesi X 0,05.  p. _____	
Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria nelle carceri, sia a tempo indeterminato che di sostituzione,	(*)	

	PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO	
per ogni mese di attività: dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	Totale Mesi X 0,20.  p. _____	
Servizio prestato presso aziende termali, (Legge 24 ottobre 2000 n.323 art.8), equiparato all'attività di continuità assistenziale, per ogni mese complessivo di attività: dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	(*)  Totale Mesi X 0,20.  p. _____	
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 e del decreto ministeriale 1° settembre 1988 n.430: per ciascun mese complessivo dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	(*)  Totale Mesi X 0,20.  p. _____	
_____ firma del medico	Totale punteggio complessivo _____	

(\*) Punteggio per attività prestate indipendentemente dalla regione di appartenenza  
N.B.: Le sostituzioni sono valutabili solo se effettuate a medico di medicina generale con più di 100 utenti, e a medico pediatra con almeno 70 utenti. Tali indicazioni devono essere espressamente dichiarate nel certificato rilasciato dall'Ente interessato.