DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ (art. 46 e 47 D.P.R. N. 445 DEL 28/12/2000)

**TITOLI DI SERVIZIO ED ATTIVITÀ SVOLTA PER L'INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA
RISERVATA PER L'AMMISSIONE AL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA
GENERALE 2022-2025 DELLA REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA**

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa _____
Cognome Nome

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- 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 al provvedimento dirigenziale n. 6950 del 18/11/2022, al corso triennale di formazione specifica in medicina generale anni 2022/2025, 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 del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta (denominata "assistenza primaria" fino al 27/04/2022), con incarico a tempo indeterminato o con incarico provvisorio, prestata nell'ambito della Regione Valle d'Aosta: (p. 0,30 per mese di attività)*

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

dalal Azienda.....

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

2. Attività di medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta (denominata "assistenza primaria" fino al 27/04/2022), 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

3. Attività di sostituzione del medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta (denominata "assistenza primaria" fino al 27/04/2022), 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)*

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

* per inserire ulteriori periodi il medico può fotocopiare il prospetto
** inserire il nominativo del medico sostituito

4. Stessa attività di cui al punto precedente dovuta ad attività sindacale del titolare, anche se di durata inferiore a 5 giorni:
(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. Attività di sostituzione del titolare effettuata su base oraria: (p.0,20 per mese ragguagliato a 96 ore di attività)*

dal al medico A.S.L. ore
dal al medico A.S.L. ore
dal al medico A.S.L. ore
dal al medico..... A.S.L. ore

6. Servizio effettivo di medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria (denominata “continuità assistenziale” fino al 27/04/2022), con incarico 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 corrispondente a 96 ore di attività)*

Anno..... A.S.L 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 _____

Totale ore _____

Anno..... A.S.L 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 _____

Totale ore _____

* per inserire ulteriori periodi il medico può fotocopiare il prospetto

** inserire il nominativo del medico sostituito

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 e 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 _____
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 _____

Totale ore _____

9. Servizio effettivo di medico di assistenza penitenziaria/servizio effettivo in rapporto di convenzionamento con il SSN presso gli Istituti penitenziari, a tempo indeterminato , determinato o di sostituzione : (p. 0,20 per ogni mese di attività corrispondente a 96 ore di attività)*

Anno..... Azienda..... 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 _____

Totale ore _____

10. 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)*

dalal Istituto

* per inserire ulteriori periodi il medico può fotocopiare il prospetto

11. Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate:

(p. 0,10 per ogni mese corrispondente a 52 ore)*

Anno..... A.S.L 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 _____

Totale ore _____

Anno..... A.S.L 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 _____

Totale ore _____

12. Attività medica di assistenza ai turisti organizzata dalle Regioni o dalle Aziende (svolta a periodi mensili o ad ore):

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

ASL di dal al ore

ASL di dal al ore

ASL di dal al ore

ASL di dal al ore

13. Turni di reperibilità programmata nei servizi territoriali , di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale, ai sensi dell'ACN vigente (barrare l'opzione e indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio):

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

Anno..... A.S.L di Servizio 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 _____

Totale ore _____

Anno..... A.S.L di Servizio 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 _____

Totale ore _____

14. 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.....

15. 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 : (barrare l'opzione)

(p. 0,05 per mese di attività)*

Ente di dal al
 Ente di dal al
 Ente di dal al
 ASL di dal al
 ASL di dal al

16. 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)

dalal presso

* per inserire ulteriori periodi il medico può fotocopiare il prospetto

** inserire il nominativo del medico sostituito

17. 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)

dalalpresso

18. Servizio civile volontario espletato per finalità o scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della Legge n. 64/2001, 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

19. Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della Legge n. 64/2001, 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.....

20. 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

21. Servizio prestato presso aziende termali (con le modalità di cui all'art. 8 della Legge 24 ottobre 2000, n. 323), equiparato all'attività di continuità assistenziale: (*), servizio prestato presso aziende termali private accreditate 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 _____
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 _____

Totale ore _____

Anno..... Stabilimento Termale Comune 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 _____

Totale ore _____

* per inserire ulteriori periodi il medico può fotocopiare il prospetto

22. Servizio effettivo, svolto in paesi dell'Unione Europea, riconducibile all'attività di medico di medicina generale di cui all'ACN per la medicina generale; 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: (*) il servizio deve essere attestato con certificazioni in originale o copia conforme all'originale, sottoscritte dal legale rappresentante dell'Ente, con allegata la traduzione in lingua italiana certificata, vistata per conferma, dalla competente autorità consolare italiana all'estero. Per i servizi sanitari prestati all'estero per i quali è previsto uno specifico provvedimento di riconoscimento (art. 124, comma 2, D.L. 112/1998) è necessario allegare copia di detto provvedimento. (p. 0,20 per mese di attività) *

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/La sottoscritto/a 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 di identità del dichiarante.*

Recapiti degli Enti/ASL/Istituti indicati nella presente domanda

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 _____

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

(I) 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.