

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 2021-2024 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 alla DGR n. 1314 del 27/09/2019, al corso triennale di formazione specifica in medicina generale anni 2021/2024, 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 di assistenza primaria convenzionato, 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 di assistenza primaria convenzionato, 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
dal al Azienda..... Regione
dal al Azienda..... Regione
dal al Azienda..... Regione

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: (p. 0,20 per mese di attività)*

dal.....al..... medico**..... A.S.L.....
dal.....al..... medico**..... A.S.L.....
dal.....al..... medico**..... A.S.L.....
dal.....al..... medico**..... A.S.L.....
dal.....al..... medico**..... A.S.L.....
dal.....al..... medico**..... A.S.L.....
dal.....al..... medico**..... A.S.L.....
dal.....al..... medico**..... A.S.L.....
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 e sostituzioni d'ufficio, anche se di durata inferiore a 5 giorni continuativi. (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.....
(p.0,20 per mese ragguagliato a 96 ore di attività)*

5. Stessa attività di cui al punto precedente effettuata su base oraria:

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

6. Servizio effettivo di medico di continuità assistenziale medico di assistenza penitenziaria/servizio effettivo in convenzionamento svolto presso gli Istituti penitenziari 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 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

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

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 _____

**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 ed 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. 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)*

dal ____/____/____ al ____/____/____ Istituto _____
dal ____/____/____ al ____/____/____ Istituto _____
dal ____/____/____ al ____/____/____ Istituto _____
dal ____/____/____ al ____/____/____ Istituto _____

(p.0,10 per mese ragguagliato a 52 ore di attività)*

* per inserire ulteriori periodi il medico può fotocopiare il prospetto

10. Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate:

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 _____

11. Attività medica di assistenza ai turisti, organizzata dalle Regioni o dalle Aziende UU.SS.LL:

*(p. 0,20 per mese di attività)**

ASL	di.....	dal	al.....
ASL	di.....	dal	al.....
ASL	di.....	dal	al.....
ASL	di.....	dal	al.....

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

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

Anno..... A.S.Ldi 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 _____

13. 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.....
 dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
 dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
 dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
 dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
 dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
 dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
 dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
 dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
 dal.....al.....medico**.....A.S.L.....

14. Attività di 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 : *(p. 0,05 per mese di attività)**
(barrare l'opzione)

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

15. 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)*

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

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

16. 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)

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

17. Servizio civile volontario espletato per finalità o scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della Legge 6 marzo 2001 n. 64 istitutiva del "Servizio civile nazionale", 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

18: Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della Legge 6 marzo 2001 n. 64 istitutiva del "Servizio civile nazionale", 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.....

19. 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 _____

20. Servizio prestato presso aziende termali private accreditate (con le modalità di cui all'art. 8 legge 24 ottobre 2000 n. 323), equiparato all'attività di continuità assistenziale, 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)*

* per inserire ulteriori periodi il medico può fotocopiare il prospetto

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 _____

21. Servizio effettivo, svolto in paesi della Unione Europea, riconducibile all'attività di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale e di emergenza sanitaria territoriale; 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: (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 d'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.