

DETERMINAZIONE DEL DIRIGENTE SERVIZIO PROGRAMMAZIONE ASSISTENZA TERRITORIALE PREVENZIONE 14 dicembre 2011, n. 530

Schema di domanda di inserimento nella graduatoria unica regionale, distinta per settori, ai sensi del co. 4, art. 15, ACN 29/07/2009, della medicina generale.

**IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO
PROGRAMMAZIONE ASSISTENZA
TERRITORIALE PREVENZIONE**

Visto il D.Lgs 3 febbraio 1993 n. 29;

Visto il D.L.gs 31 marzo 1998 n. 80;

Vista la Legge Regionale 24 marzo 1974 n. 18;

Vista la Legge Regionale 4 febbraio 1997 n. 7;

Vista la Deliberazione di Giunta Regionale 28 luglio 1998 n. 3261 e successive integrazioni;

Visto il Decreto Legislativo 30 marzo 2001 n. 165 e s.m. e i.

In Bari presso la sede del Servizio, sulla base dell'istruttoria espletata dal Responsabile P.O., riceve dal Dirigente dello stesso la seguente relazione:

Premesso che:

- ai sensi del co. 4° dell'art. 15 ACN 29/07/09, i medici che aspirano all'iscrizione nella graduatoria unica regionale di medicina generale distinta per settori, devono presentare, entro il 31 gennaio di ogni anno, domanda unica di inclusione, all'Assessorato alle Politiche della Salute;
- la domanda deve essere conforme allegato A) del precitato ACN, corredata della documentazione atta a provare il possesso dei requisiti e dei titoli dichiarati, ovvero dell'autocertificazione e dichiarazione sostitutiva ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000;
- al fine di facilitare gli adempimenti degli aspiranti aventi titolo di cui al co. 3, art. 15, ACN vigente, fermo restando la modalità di invio rigorosamente per racc. a/r così come previsto dal co 4° dell'ACN vigente, si è ritenuto opportuno redigere l'all. A) aggiornato, come da fac-simile allegato, (composto da nr. 11 facciate) al presente provvedimento, quale parte integrante e sostanziale dello stesso;

- il modello, in uno allegato, sarà pubblicato sul BURP e potrà essere utilizzato dai soggetti interessati ai fini della proposizione della domanda di inclusione nella graduatoria di cui trattasi;

ADEMPIMENTI CONTABILI DI CUI ALLA L.R. 28/01 e s.m. ed i.

Il presente provvedimento non comporta alcun mutamento qualitativo e quantitativo di entrata o di spesa né a carico del bilancio regionale né a carico degli enti per i cui debiti i creditori potrebbero rivalersi sulla regione e che è escluso ogni ulteriore onere aggiuntivo rispetto a quelli autorizzati a valere sullo stanziamento previsto dal bilancio regionale.

Il Dirigente del Servizio P.A.P.T.
Dr. Fulvio Longo

**IL DIRIGENTE RESPONSABILE
DEL SERVIZIO**

sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, letta la proposta formulata dal Responsabile del procedimento;

vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento dal Responsabile del procedimento;

richiamato, in particolare il disposto dell'Art. 6 della L.R. 4 Febbraio 1997 n. 7 in materia di modalità di esercizio della funzione dirigenziale

DETERMINA

per le motivazioni esposte in narrativa che qui si intendono integralmente riportate:

- di approvare lo schema di domanda, in uno allegato al presente atto;
- di disporre, con urgenza, la pubblicazione del presente atto nel Bollettino Ufficiale della Regione Puglia che ha valore di pubblicità-notizia per tutti gli interessati;
- di prendere atto che lo schema di domanda sarà reperibile sia sul sito della Regione Puglia e sia sul BURP.

Il Dirigente del Servizio
Dr. Fulvio Longo

ALLEGATO A

GRADUATORIA REGIONALE DELLA MEDICINA GENERALE DISTINTA PER SETTORE

GRADUATORIA REGIONALE DELLA MEDICINA GENERALE DISTINTA PER SETTORE

| |
|------------------|
| Apporre BOLLO |
|------------------|

All'Assessorato alle Politiche della Salute

Regione PUGLIA

Via Caduti di tutte le Guerre n° 7

70126 BARI (BA)

 PRIMO INSERIMENTO INTEGRAZIONE TITOLI

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ prov. _____

Il ___ | ___ | ___ sesso: M ___ F ___ codice fiscale _____

residente a _____ prov. _____

indirizzo: _____ n. _____

CAP _____ tel. _____ ASL di residenza _____

secondo quanto previsto dall'art. 15 dell' accordo collettivo nazionale per la medicina generale vigente dal 29/07/2009,

chiede**l'inserimento/l'integrazione titoli nella graduatoria unica regionale di medicina generale, a valere per l'anno 2013, relative alle attività nel settore di (barrare una o più caselle):** assistenza primaria emergenza sanitaria territoriale "118" continuità assistenziale medicina dei servizi territorialiLa mancata biffatura del Settore di attività comporta la non inclusione nella graduatoria**A tal fine dichiara****di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato nel/i settore/i di attività sopra indicato/i. (*)**

(*) Art.15, comma 11, ACN 29/07/2009: "I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato in uno o più settori sopra indicati non possono fare domanda di inserimento nella/e relativa/e graduatoria/e di settore, e, pertanto, possono concorrere alla assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento".

Acclude alla presente:

 n. _____ dichiarazione/i sostitutive di certificazione ; n. _____ dichiarazione/i sostitutive dell'atto notorio; n. _____ certificati in bollo**Chiede che ogni comunicazione sia indirizzata presso:** la propria residenza; il domicilio sotto indicato:

c/o _____ CAP _____ Comune di _____

Via _____ n° _____

Data ___ | ___ | ___ firma per esteso _____

**Esente imposta di
bollo art. 37 co.1
DPR445/2000**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(art. 46 DPR n. 445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto Dott. _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del DPR 445 del 28/12/2000

**dichiara
di essere in possesso di:**

| | |
|---|--|
| Diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università di _____ in data ____ ____ ____ con voto ____/110 * * se il voto di laurea non è espresso su 110 ma su 100, occorre specificarlo | <i>da 100 a 104: punti 0,30; da 105 a 109: punti 0,50; 110 e 110 lode: punti 1,00</i> = p. |
| Abilitazione all'esercizio professionale conseguita presso l'Università di _____ in data ____ ____ ____ | |
| Iscrizione all'Ordine dei medici di _____ dal ____ ____ ____ | |
| Specializzazione o libera docenza in: a) MEDICINA GENERALE conseguita presso l'Università di _____ in data ____ ____ ____ b) _____ conseguita presso l'Università di _____ in data ____ ____ ____ c) _____ conseguita presso l'Università di _____ in data ____ ____ ____ | <i>Punti 2,00 per ciascuna specializzazione in medicina generale o disciplina equipollente</i> Tot. n. ____ = p. <i>Punti 0,50 per ciascuna specializzazione nelle discipline affini alla medicina generale</i> Tot. n. ____ = p. |
| Attestato di formazione in medicina generale (D.Lgs n. 256/91, 368/99, 277/03) conseguito il _____ presso: _____, specificare data di inizio e data di conclusione del corso di formazione: data inizio corso ____ ____ ____ data fine corso ____ ____ ____ | <i>Punti 7,20</i> |
| Attestato di formazione in Emergenza Sanitaria Territoriale (118) previsto ai sensi dell'art.22 comma 5 DPR 292/87, dell'art. 22 DPR 41/91 , dell'art. 66 dpr 484/96 , dell'art. 66 DPR 270/00 conseguito il _____ presso: _____ | |

Data _____

Firma del dichiarante _____

(non soggetta ad autenticazione)

AVVERTENZE GENERALI

1. Ai fini dell'inserimento nella graduatoria regionale della medicina generale distinta per settore, valevole per l'anno 2013, i medici devono presentare domanda entro il 31 gennaio 2012, anche se già inseriti nella graduatoria regionale di medicina generale valevole per l'anno 2012, in modo da scegliere il/i settore/i di attività.
2. I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato per una o più attività di medicina generale non possono fare domanda di inserimento nella/e relativa/e graduatoria/e di settore (Art. 15, comma 11, ACN vigente dal 29/07/2009).
3. I medici che aspirano ad essere inseriti nella graduatoria unica regionale, devono possedere, alla data di scadenza dei termini per la presentazione della domanda, i seguenti requisiti:
 - diploma di laurea in medicina e chirurgia;
 - iscrizione all'Albo professionale;
 - possesso dell'attestato di formazione in medicina generale o titolo equipollente di cui ai D.Lgs. 256/91, 368/1999 e 277/03 (abilitazione all'esercizio professionale conseguita entro il 31 dicembre 1994).
4. I titoli accademici, di studio e di servizio possono essere prodotti:
 - a) in originale o copia legale ai sensi di legge;
 - b) per i titoli accademici e di studio, apposita dichiarazione sostitutiva di certificazione, resa ai sensi dell'art.46 del DPR 445/2000 (Allegato A alla domanda);
 - c) per i titoli di servizio, apposita dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, resa ai sensi dell'art.47 del DPR n. 445/2000, (Allegato B alla domanda), ovvero fotocopie semplici unitamente ad una dichiarazione sostitutiva di notorietà con cui si attesta che le stesse sono conformi all'originale (Allegato C alla domanda).

La dichiarazione sostitutiva di cui al punto c), deve essere spedita unitamente a fotocopia di un documento d'identità in corso di validità.

Il dichiarante decade dai benefici attribuiti a seguito di accertamento di dichiarazioni non veritiere.
5. La domanda, deve essere spedita con Raccomandata A.R. entro il 31/01/2012 (a tal fine fa fede il timbro postale). La mancata sottoscrizione della domanda, della dichiarazione sostitutiva, ovvero la spedizione oltre il termine del 31/01/2012, comportano l'esclusione dalla graduatoria. La domanda e le dichiarazioni sostitutive devono essere compilate in modo leggibile. L'omissione o l'incompletezza dei dati potranno comportare la non attribuzione dei relativi punteggi.
6. Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità della dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio (Allegato B) il medico può trasmettere una copia fotostatica, anche non autenticata, dei certificati di servizio di cui sia già in possesso.
7. Ai fini della graduatoria sono valutabili solo i titoli posseduti al 31/12/2011.
8. I medici che hanno già presentato domanda a gennaio 2011 debbono presentare o dichiarare solo i titoli acquisiti nel corso dell'anno 2011, nonché eventuali titoli di servizio non presentati per le precedenti graduatorie. Chi non ha presentato domanda per le ultime due graduatorie deve presentare o dichiarare tutta la documentazione.
9. I titoli di servizio divenuti valutabili con il vigente ACN (servizio civile volontario per scopi umanitari, servizio nelle carceri, servizio all'estero: cfr. punti 7 - 13 - 15 allegato B alla domanda) devono essere integralmente dichiarati e/o documentati, ancorché già presentati in precedenza.
10. I medici che presentano domanda per la prima volta o che non hanno presentato domanda per le ultime due graduatorie devono barrare la voce "primo inserimento"; tutti gli altri devono barrare la voce "integrazione titoli".

Informativa resa all'interessato per il trattamento di dati personali.

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196 e in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo di quanto segue:

- 1. Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento da parte di questa Amministrazione della formazione della graduatoria regionale;**
- 2. Il trattamento viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici;**
- 3. Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e , pertanto, in caso di rifiuto, Ella non potrà essere inserito in detta graduatoria;**
- 4. I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione PUGLIA;**
- 5. L'art. 7 del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196, Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento;**
- 6. Titolare del trattamento dei dati è la Regione Puglia, responsabile è il Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione dell'Assessorato alle Politiche della Salute.**

2. Attività di sostituzione del medico di assistenza primaria convenzionato solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti dovuta ad attività sindacale e sostituzioni d'ufficio anche se di durata inferiore a 5 gg.:
(punti 0,20 per mese di attività)

dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ ASL/medico _____

dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ ASL/medico _____

2.a) Stessa attività di cui al punto precedente effettuata su base oraria:

(punti 0,20 per mese di attività, ragguagliato a 96 h. di attività)

dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ ore _____

ASL _____ medico _____

dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ ore _____

ASL _____ medico _____

3. Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione di continuità assistenziale in forma attiva:

(punti 0,20 per mese di attività, ragguagliato a 96 h. di attività)

Anno:

Azienda Sanitaria Locale:

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 _____

N.B. Occorre indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio.

3.a) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o determinato o di sostituzione nella medicina dei servizi:
(punti 0,20 per mese di attività, ragguagliato a 96 h. di attività)

dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ ore _____ ASL _____

dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ ore _____ ASL _____

dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ ore _____ ASL _____

dal ___ | ___ | ___ al ___ | ___ | ___ ore _____ ASL _____

| | | | |
|---|--------------|--|-----------|
| <p>5. Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle AUSL: (punti 0,20 per mese di attività)</p> | | | |
| dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ | ASL _____ | | |
| dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ | ASL _____ | | |
| dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ | ASL _____ | | |
| <p>6. Attività, anche in forma di sostituzione, di medico pediatria di libera scelta, se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi (punti 0,10 per mese di attività)</p> | | | |
| dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ | ASL _____ | dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ | ASL _____ |
| dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ | ASL _____ | dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ | ASL _____ |
| dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ | ASL _____ | dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ | ASL _____ |
| dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ | ASL _____ | dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ | ASL _____ |
| dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ | ASL _____ | dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ | ASL _____ |
| <p>7. Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina (*): (punti 0,10 per mese di attività)</p> | | | |
| dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ | presso _____ | | |
| dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ | presso _____ | | |
| <p><i>(*) occorre presentare idonea documentazione.</i></p> | | | |
| <p>7.a) Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto in concomitanza di incarico di medicina generale (*) (punti 0,20 per mese di attività per un massimo di 12 mesi)</p> | | | |
| dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ | presso _____ | | |
| dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ | presso _____ | | |
| <p><i>(*) occorre presentare copia delle delibere di incarico e di cessazione dal servizio.</i></p> | | | |
| <p>8) 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:</p> | | | |
| (punti 0,10 per mese di attività per un massimo di 12 mesi) | | | |
| dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ | presso _____ | | |
| dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ | presso _____ | | |
| <p>8.a) 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, limitatamente al periodo di concomitanza (*) (punti 0,20 per mese)</p> | | | |
| dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ | presso _____ | | |
| <p><i>(*) occorre presentare copia delle delibere di incarico e di cessazione dal servizio.</i></p> | | | |
| <p>9) 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: (punti 0,05 per mese di attività)</p> | | | |
| dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ | presso _____ | | |
| dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ | presso _____ | | |
| dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ | presso _____ | | |

GRADUATORIA REGIONALE DELLA MEDICINA GENERALE DISTINTA PER SETTORE ALLEGATO B

| | | |
|--|--------------------|--|
| 10)Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria nelle carceri sia a tempo indeterminato che di sostituzione e di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo. (*) (0,20 per mese di attività) | | |
| dal ___ ___ ___ | al ___ ___ ___ | presso _____ |
| dal ___ ___ ___ | al ___ ___ ___ | presso _____ |
| (*) occorre presentare idonea documentazione | | |
| 11)Servizio prestato presso Aziende termali (Legge 24 ottobre 2000 n. 323 art. 8), equiparato all'attività di continuità assistenziale (*) (0,20 per mese di attività) | | |
| dal ___ ___ ___ | al ___ ___ ___ | presso _____ |
| dal ___ ___ ___ | al ___ ___ ___ | presso _____ |
| dal ___ ___ ___ | al ___ ___ ___ | presso _____ |
| (*) servizio prestato c/o aziende termali private accreditate in qualità di dipendente a tempo pieno, con rapporto di lavoro esclusivo e orario non inferiore a 35 ore settimanali | | |
| 12) 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 s. m. e int. e del D.M. 1 settembre 1988 n. 430 (0,20 per mese di attività) | | |
| dal ___ ___ ___ | al ___ ___ ___ | presso _____ |
| dal ___ ___ ___ | al ___ ___ ___ | presso _____ |
| 13 Sospensione del rapporto e dell'attività convenzionale. art.18 comma 2,3,4 e 5 A.C.N. 23/3/05 (*) | | |
| dal ___ ___ ___ | al ___ ___ ___ | dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ |
| dal ___ ___ ___ | al ___ ___ ___ | dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ |
| dal ___ ___ ___ | al ___ ___ ___ | dal ___ ___ ___ al ___ ___ ___ |
| (*) occorre presentare idonea documentazione della Azienda Sanitaria | | |

Firma

Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art.75 del DPR 445/2000).

1 GRADUATORIA REGIONALE DELLA MEDICINA GENERALE DISTINTA PER SETTORE

Esente imposta di bollo art. 37 co. 1 DPR445/2000

ALLEGATO C

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(art. 47 DPR n. 445 del 28/12/2000)

In riferimento alla domanda di inserimento/integrazione titoli nelle graduatorie regionali di medicina generale a valere per l'anno 20__

il sottoscritto Dr. _____ nato a _____

residente a _____ Via _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000,

DICHIARA

che le **fotocopie** dei titoli allegati e sotto elencati, sono conformi agli originali in possesso del sottoscritto:

- | | |
|--------|---------|
| 1..... | 6..... |
| 2..... | 7..... |
| 3..... | 8..... |
| 4..... | 9..... |
| 5..... | 10..... |

Data

Firma *

* La firma non è soggetta ad autenticazione, allegare copia fotostatica di documento di identità in corso di validità del sottoscrittore. La mancanza di sottoscrizione comporta la nullità della dichiarazione sostitutiva. (Si suggerisce, onde evitare disguidi, di firmare e numerare le fotocopie allegate)

