Regione Siciliana

DOMANDA DI INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA REGIONALE DI MEDICINA GENERALE VALIDA PER L'ANNO 2021

marca da bollo
€ 16,00

All'Assessorato Regionale della Salute
Dipartimento Pianificazione Strategica
Servizio 1 "Personale del S.S.R. – Dipendente e Convenzionato"
Piazza O. Ziino n° 24
90145 Palermo

☐ **PRIMO INSERIMENTO** ☐ **INTEGRAZIONE TITOLI**

Il sottoscritto Dott. _____

nato a_____prov._____il_____

Codice Fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ comune di residenza _____

prov._____indirizzo_____n°_____

C.A.P. ☐☐☐☐☐ tel. n°_____

indirizzo PEC_____

E MAIL_____

secondo quanto previsto dall'art. 15 dell' A.C,N. per la medicina generale 23/03/2005 e s.m.i.,

CHIEDE

l'inserimento nella Graduatoria Regionale di Medicina Generale, valida per l'anno **2021**, relativamente al settore di:

☐ **Assistenza primaria**
☐ **Continuità Assistenziale**
☐ **Emergenza Sanitaria Territoriale**
(barrare una o più caselle)

Allega alla presente domanda:

☐ Dichiarazione sostitutiva di certificazione (**obbligatoria , pena l'esclusione**)
☐ Copia fotostatica di un documento di identità (**obbligatoria , pena l'esclusione**)
☐ Dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio
☐ Certificazione livello di conoscenza della lingua inglese
☐ Patente Europea per l'utilizzo del PC (ECDL)

Data…….. Firma ……..

AVVERTENZE GENERALI

1. I medici che aspirano all'iscrizione nella graduatoria di medicina generale devono presentare annualmente la propria domanda e possedere, alla data di scadenza dei termini per la presentazione della stessa (31/01/2020), i seguenti requisiti**:**

- Cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE. Possono chiedere l'iscrizione i familiari di cittadini europei non aventi la cittadinanza di uno Stato membro che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente, i cittadini di Paesi terzi che siano titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o che siano titolari dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria;
- Diploma di laurea in Medicina e Chirurgia;
- Iscrizione all'Albo Professionale;
- Titolo di formazione specifica in Medicina Generale o titolo equipollente di cui al D.lgs. n° 368/1999 e s.m.i. (abilitazione all'esercizio professionale conseguita entro il 31 dicembre 1994) come previsto dai Decreti Legislativi n° 256/91, e n° 277/03.
  Possono presentare domanda i medici che nell'anno acquisiranno il titolo di formazione, che dovrà essere posseduto ed autocertificato entro il **15 settembre 2020**;
- Per l'inserimento nella graduatoria relativamente al settore di Emergenza Sanitaria Territoriale, è richiesto il possesso , alla scadenza del termine per la presentazione della domanda (31/01/2020), oltre che dei requisiti di cui ai punti precedenti , dell'Attestato di idoneità all'esercizio delle attività di Emergenza Sanitaria Territoriale.

2. I medici allegano alla domanda le dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio concernenti i titoli valutabili ai fini della graduatoria. Possono presentare annualmente allegati integrativi dei titoli aggiuntivi rispetto a quelli precedentemente presentati.

3. La domanda , debitamente sottoscritta ed in regola con le vigenti norme in materia di imposta di bollo (€ 16,00), deve essere trasmessa esclusivamente a mezzo raccomandata o consegnata a mano entro e non oltre il 31/01/2020 , pena l'esclusione, all'Assessorato Regionale della Salute – Dipartimento pianificazione strategica – Servizio 1 "Personale del S.S.R. - Dipendente e Convenzionato" Piazza Ottavio Ziino n. 24 – 90145 Palermo.

Per l'accoglimento della domanda farà fede il timbro postale o il timbro apposto dall'ufficio protocollo se consegnata a mano. L'Amministrazione non si assume alcuna responsabilità nel caso di mancato recapito della domanda né per eventuali disguidi postali non imputabili all'Amministrazione stessa. Pertanto la ricevuta rilasciata dall'Ufficio Postale o dall'ufficio protocollo dell'Assessorato se consegnata a mano, saranno gli unici documenti validi da produrre per comprovare l'avvenuta presentazione della domanda.

La mancata sottoscrizione della domanda o della dichiarazione sostitutiva comportano l'esclusione dalla graduatoria.

4. I medici sono tenuti ad indicare esplicitamente (barrando le relative caselle) a quale/i settore/i di attività intendono partecipare.
Si rammenta che i medici titolari di incarico a tempo indeterminato per una o più delle attività della medicina generale, non possono partecipare ad attività nelle quali sono già convenzionati.

5. I titoli devono essere documentati:
a) con dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000 (Allegato A alla domanda) per i titoli accademici e di studio;
b) con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445/2000 (Allegato B alla domanda) per i titoli di servizio prestato presso una Amministrazione Pubblica o un gestore di Pubblico Servizio;

c) i titoli conseguiti presso soggetti privati o esteri devono essere allegati alla domanda di partecipazione in originale o in copia legale o autenticata ai sensi di legge.

L'omissione o l'incompletezza dei dati comporteranno la non attribuzione dei relativi punteggi. L'autocertificazione dovrà pertanto indicare esattamente il numero delle ore di attività svolte, il periodo di svolgimento e l'Azienda/Ente presso la quale è stata svolta l'attività.

L'amministrazione regionale si riserva di effettuare, in qualsiasi momento, specifici controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rilasciate in attuazione delle disposizioni vigenti in materia.
Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere.

Le dichiarazioni di cui ai precedenti punti dovranno essere spedite, a pena d'esclusione, unitamente a fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

6. La conoscenza della lingua inglese (Allegato A) deve essere documentata dal possesso di certificato non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE).

7. Ai fini della graduatoria sono valutabili solo i titoli accademici, di studio e di servizio posseduti alla data del 31/12/2019, nonché il diploma di specializzazione conseguito ed autocertificato entro il 15 settembre 2020.

Le graduatorie regionali sono consultabili sul sito internet: Regione Siciliana - Strutture Regionali- Assessorato Regionale della Salute – Dipartimento per la pianificazione strategica – Servizio 1 " Personale del S.S.R. – Dipendente e Convenzionato".

Per eventuali informazioni è possibile rivolgersi ai seguenti numeri telefonici: 091/ 7075782 – 091/ 7075837 – 091/7075566.

Allegato A

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 DPR n. 445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto Dott. _____

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:

DICHIARA

- ☐ 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 3bis del D.lgs n. 165/2001 e s.m.i. ;
- ☐ di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di_____il ___/___/____ con voto___/___ ;*
  **occorre specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110*
- ☐ di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale il ___ /___ /_____ presso l'Università di _____;
- ☐ di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____;
- ☐ di essere in possesso del titolo di formazione specifica in Medicina Generale (D.lgs 368/99 e s.m.i.) conseguito entro il 31/12/2019 presso la Regione_____;
  data di inizio corso ___/___/____ data fine corso ___/___/____ indicare, se trattasi di attestato conseguito al di fuori della Regione Sicilia, l'indirizzo dell' ufficio che detiene gli atti deliberativi : indirizzo.....n.Tel.....;
- ☐ di essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale del triennio _____/_____iniziato il ___/___/_____ presso la Regione _____con previsione di conseguimento del titolo entro il 15 settembre p.v. ;
- ☐ di essere in possesso della specializzazione in medicina generale, o disciplina equipollente o affine: (indicare la specializzazione)
  _____conseguita il ____/___/____ presso l'Università di _____con frequenza dal ___/___/____ al ___/___/_____;
  _____conseguita il____/___/____ presso l'Università di _____con frequenza dal ___/___/____ al ___/___/_____;
- ☐ di essere in possesso di certificato di conoscenza della lingua inglese conseguito il ____/____/_____ presso _____;
  (*cfr. punto 6 delle " Avvertenze Generali*")
- ☐ di essere in possesso della Patente Europea per l'utilizzo del PC (ECDL) conseguita il ___/___/_____ presso _____;
- ☐ di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale conseguito presso _____il ___/___/_____;
- ☐ 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 Ministro 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).

□ di essere ☐ di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di Assistenza Primaria presso l'Azienda Sanitaria Territoriale di ……. nell'ambito territoriale di ……..…… della Regione……dal…….

□ di essere ☐ di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale presso l'Azienda Sanitaria Territoriale di ……nel distretto di …… della Regione …… .dal …….

□ di essere ☐ di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato nell'Emergenza Sanitaria Territoriale presso l'Azienda Sanitaria Territoriale n°……di……..nel distretto di …..…… della Regione ……. dal……

Data ___ /___/____ Firma_____

Allegato B

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 DPR n. 445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto Dott. Cognome…… Nome……..
C. F…….

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a di dichiarazioni non veritiere, 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. 445 del 28/12/2000:

DICHIARA

DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI TITOLI DI SERVIZIO

1. Attività di medico di Assistenza Primaria prestata nell'ambito della regione Sicilia

☐ convenzionato a tempo indeterminato

☐ a tempo determinato (incarico provvisorio ai sensi dell'art. 38 dell'A.C.N.)

presso

A.S.P. N°_____Distretto di_____dal ____/____/_____al____/____/_____
A.S.P. N°_____Distretto di_____dal ____/____/_____al____/____/_____
A.S.P. N°_____Distretto di_____dal ____/____/_____al____/____/_____
A.S.P. N°_____Distretto di_____dal ____/____/_____al____/____/_____

2. Attività di medico di Assistenza Primaria prestata nell'ambito di altra Regione_____

☐ convenzionato a tempo indeterminato

☐ a tempo determinato (incarico provvisorio ai sensi dell'art. 38 dell'A.C.N.)

presso:

Azienda_____Distretto di_____dal ____/____/_____al_____/____/_____
Azienda_____Distretto di_____dal ____/____/_____al_____/____/_____
Azienda_____Distretto di_____dal ____/____/_____al_____/____/_____
Azienda_____Distretto di_____dal ____/____/_____al_____/____/_____

indirizzo(*)……n. tel……..
(*)indicare l'indirizzo degli uffici che detenendo gli atti deliberativi possono confermare il servizio a richiesta

3. 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 gg. Continuativi:

dal____/____/____al____/____/___medico_____A.S.P_____
dal____/____/____al____/____/___medico_____A.S.P_____
dal____/____/____al____/____/___medico_____A.S.P_____
dal____/____/____al____/____/___medico_____A.S.P_____
dal____/____/____al____/____/___medico_____A.S.P_____
dal____/____/____al____/____/___medico_____ A.S.P_____

dal____/____/____al____/____/___medico_____A.S.P_____
dal____/____/____al____/____/___medico_____ A.S.P_____
dal____/____/____al____/____/___medico_____A.S.P_____
dal____/____/____al____/____/___medico_____A.S.P_____
dal____/____/____al____/____/___medico_____A.S.P_____
dal____/____/____al____/____/___medico_____A.S.P_____

4. **Stessa attività di cui al punto precedente dovuta ad attività sindacale del titolare, anche se di durata inferiore ai 5 gg. :**

dal____/____/____al____/____/___medico_____A.S.P_____
dal____/____/____al____/____/___medico_____A.S.P_____
dal____/____/____al____/____/___medico_____A.S.P_____
dal____/____/____al____/____/___medico_____A.S.P_____
dal____/____/____al____/____/___medico_____A.S.P_____
dal____/____/____al____/____/___medico_____A.S.P_____
dal____/____/____al____/____/___medico_____A.S.P_____
dal____/____/____al____/____/___medico_____A.S.P_____

5. **Servizio effettivo nei servizi di Continuità Assistenziale con incarico**

☐ a tempo indeterminato

☐ a tempo indeterminato ai sensi dell'art 73 comma 4 ACN del 29.07.09 e dell'art. 13 comma 4 dell'AIR di Continuità Assistenziale del 06.09.2010 (medici inabili ai servizi di C.A. adibiti ad altre attività programmate territoriali) dal_____ **(*)**

☐ a tempo determinato / di sostituzione

(*) indicare la data di decorrenza dell'assegnazione ad altre attività, a seguito di giudizio di inidoneità della competente Commissione di verifica. :

Anno_____Azienda_____

Gennaio dal ___/___/____ ore_____
Febbraio dal ___/___/____ ore_____
Marzo dal ___/___/____ ore_____
Aprile dal ___/___/____ ore_____
Maggio dal ___/___/____ ore_____
Giugno dal ___/___/____ ore_____
Luglio dal ___/___/____ ore_____
Agosto dal ___/___/____ ore_____
Settembre dal ___/___/____ ore_____
Ottobre dal ___/___/____ ore_____
Novembre dal ___/___/____ ore_____
Dicembre dal ___/___/____ ore_____

Anno_____Azienda_____

Gennaio dal ___/___/____ ore_____
Febbraio dal ___/___/____ ore_____
Marzo dal ___/___/____ ore_____
Aprile dal ___/___/____ ore_____
Maggio dal ___/___/____ ore_____
Giugno dal ___/___/____ ore_____
Luglio dal ___/___/____ore_____
Agosto dal ___/___/____ ore_____
Settembre dal ___/___/____ ore_____
Ottobre dal ___/___/____ ore_____
Novembre dal ___/___/____ ore_____
Dicembre dal ___/___/____ ore_____

Anno_____Azienda_____

Gennaio dal ___/___/____ ore_____
Febbraio dal ___/___/____ ore_____
Marzo dal ___/___/____ ore_____
Aprile dal ___/___/____ ore_____
Luglio dal ___/___/____ore_____
Agosto dal ___/___/____ore_____
Settembre dal ___/___/____ore_____
Ottobre dal ___/___/____ore_____

Maggio dal ___/___/____ ore_____ Novembre dal ___/___/____ore_____
Giugno dal ___/___/____ ore_____ Dicembre dal ___/___/____ore_____

6. Servizio effettivo con incarico indeterminato, determinato, provvisorio o di sostituzione nei servizi di Emergenza Sanitaria Territoriale:

☐ a tempo indeterminato

☐ a tempo determinato / di sostituzione

dal ___/___/____ al ___/___/____ Azienda_____ ore_____
dal ___/___/____ al ___/___/____ Azienda_____ ore_____
dal ___/___/____ al ___/___/____ Azienda_____ ore_____
dal ___/___/____ al ___/___/____ Azienda_____ ore_____
dal ___/___/____ al ___/___/____ Azienda_____ ore_____
dal ___/___/____ al ___/___/____ Azienda_____ ore_____
dal ___/___/____ al ___/___/____ Azienda_____ ore_____
dal ___/___/____ al ___/___/____ Azienda_____ ore_____
dal ___/___/____ al ___/___/____ Azienda_____ ore_____
dal ___/___/____ al ___/___/____ Azienda_____ ore_____
dal ___/___/____ al ___/___/____ Azienda_____ ore_____
dal ___/___/____ al ___/___/____ Azienda_____ ore_____

7. Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o di sostituzione nella Medicina dei Servizi Territoriali:

dal ___/___/____ al ___/___/____ Azienda_____ore_____
dal ___/___/____ al ___/___/____ Azienda_____ore_____
dal ___/___/____ al ___/___/____ Azienda_____ore_____
dal ___/___/____ al ___/___/____ Azienda_____ore_____
dal ___/___/____ al ___/___/____ Azienda_____ore_____

8. 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:

dal ___/___/____ al ___/___/____ presso_____
dal ___/___/____ al ___/___/____ presso_____
dal ___/___/____ al ___/___/____ presso_____
dal ___/___/____ al ___/___/____ presso_____
dal ___/___/____ al ___/___/____ presso_____
indirizzo(*) n. tel_____
(*)indicare l'indirizzo degli uffici che detenendo gli atti deliberativi possono confermare il servizio a richiesta

9. 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:

mese/anno_____Ore _____ mese/anno_____ Ore _____
mese/anno_____Ore _____ mese/anno_____ Ore _____

mese/anno_____Ore _____ mese/anno_____ Ore _____
mese/anno_____Ore _____ mese/anno_____ Ore _____
mese/anno_____Ore _____ mese/anno_____ Ore _____
mese/anno_____Ore _____ mese/anno_____ Ore _____
presso _____
indirizzo(*) n. tel_____

(*)indicare l'indirizzo degli uffici che detenendo gli atti deliberativi possono confermare il servizio a richiesta

10. Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate :

dal ___/___/____ al ___/___/____ Azienda_____ore_____
dal ___/___/____ al ___/___/____ Azienda_____ore_____
dal ___/___/____ al ___/___/____ Azienda_____ore_____
dal ___/___/____ al ___/___/____ Azienda_____ore_____
dal ___/___/____ al ___/___/____ Azienda_____ore_____

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

dal ___/___/____ al ___/___/____ A.S.P._____Distretto_____
dal ___/___/____ al ___/___/____ A.S.P._____Distretto_____
dal ___/___/____ al ___/___/____ A.S.P._____Distretto_____
dal ___/___/____ al ___/___/____ A.S.P. _____ Distretto_____

12. Turni di reperibilità programmata nei servizi territoriali di Continuità Assistenziale o di Emergenza Sanitaria Territoriale, ai sensi del presente Accordo:

dal ___/___/____ al ___/___/____ Azienda_____ore_____
dal ___/___/____ al ___/___/____ Azienda_____ore_____
dal ___/___/____ al ___/___/____ Azienda_____ore_____
dal ___/___/____ al ___/___/____ Azienda_____ore_____
dal ___/___/____ al ___/___/____ Azienda_____ore_____
dal ___/___/____ al ___/___/____ Azienda_____ore_____

13. Attività, anche in forma di sostituzione, di pediatra di libera scelta, se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 gg. continuativi :

dal ___/___/____al ___/___/_____medico_____A.S.P_____
dal ___/___/____al ___/___/_____medico_____A.S.P_____
dal ___/___/____al ___/___/_____medico_____A.S.P_____
dal ___/___/____al ___/___/_____medico_____A.S.P_____
dal ___/___/____al ___/___/_____medico_____A.S.P_____

14. Medico specialista ambulatoriale nella branca di Medicina Interna; medico Generico di ambulatorio ex enti mutualistici; medico generico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato con per il servizio di assistenza ai naviganti:

dal ___/___/____al ___/___/_____presso_____
dal ___/___/____al ___/___/_____presso_____
dal ___/___/____al ___/___/_____presso_____
dal ___/___/____al ___/___/_____presso_____

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

dal____/____/_____al____/____/____/presso_____
indirizzo(*)_____n. tel_____

(*****) indicare l'indirizzo degli uffici o degli Enti che detenendo gli atti deliberativi possono confermare il servizio a richiesta

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:**

dal____/____/_____al____/____/____/presso_____
indirizzo(*)_____n. tel_____

(*) indicare l'indirizzo degli uffici o degli Enti che detenendo gli atti deliberativi possono confermare il servizio a richiesta

17. Servizio Civile volontario espletato per finalità e 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 :

dal____/____/_____al____/____/____/presso_____
dal____/____/_____al____/____/____/presso_____
indirizzo(*)_____n. tel_____

(*) indicare l'indirizzo degli uffici o degli Enti che detenendo gli atti deliberativi possono confermare il servizio a richiesta

18. 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:

dal____/____/_____al____/____/____/presso_____
dal____/____/_____al____/____/____/presso_____
indirizzo(*)_____n. tel_____

(*) indicare l'indirizzo degli uffici o degli Enti che detenendo gli atti deliberativi possono confermare il servizio a richiesta

19. Servizio di Ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo, di medico della Polizia di Stato:

dal ___/___/____ al ___/___/____presso _____
indirizzo……..n. tel……
dal ___/___/____ al ___/___/____presso _____
indirizzo……..n. tel……
dal ___/___/____ al ___/___/____presso _____
indirizzo……..n. tel……

(*) indicare l'indirizzo degli uffici o degli Enti che detenendo gli atti deliberativi possono confermare il servizio a richiesta

20**. 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 (*)**

dal____/___/____al ___/___/___ presso_____
dal____/___/____al ___/___/___ presso_____
dal____/___/____al ___/___/___ presso_____
dal____/___/____al ___/___/___ presso_____

(*) certificare solo il servizio prestato presso aziende termali accreditate in qualità di dipendente a tempo pieno, con rapporto di lavoro esclusivo e orario non inferiore a 35 ore settimanali.

21. Servizio effettivo, svolto in paesi dell'Unione Europea, riconducibile all'attività di Medico di Assistenza Primaria, di Continuità Assistenziale, di Emergenza Territoriale; servizio prestato ai

sensi della Legge 11 agosto 2014, n. 125 ed assistenza sanitaria prestata da medici italiani ai sensi del Decreto Ministeriale 1 settembre 1988, n. 430 :

dal___/___/____al___/___/____presso _____
dal___/___/____al___/___/____presso _____
dal___/___/____al___/___/____presso _____
dal___/___/____al___/___/____presso _____

(*) il servizio deve essere attestato con certificati in originale o copia conforme all'originale, sottoscritti dal legale rappresentante dell'Ente, con allegata la traduzione in lingua italiana certificata, vistati 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.Lgs.112/1998) è necessario allegare copia di detto provvedimento)

La sottoscritta dichiara di aver usufruito di astensione anticipata o di astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio nei seguenti periodi:
dal ____/____/_____.al____/____/_____ presso A.S.P_____

Tipo di incarico: □ a tempo Indeterminato (decorrenza t. indeterm _____/_____/_____)
□ a tempo determinato (dal ____/____/_____ al ___/___/_____)

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Data…… Firma del dichiarante (2)……

(1) Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del DPR 445/2000).
(2) Ai sensi del'art. 38 del DPR 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia , non autenticata, di un documento di identità del dichiarante.

Informativa resa all'interessato per il 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, comporterà l'esclusione dalla procedura.

- il trattamento viene effettuato mediante strumenti cartacei, informatici, telematici e telefonici.

- l'interessato ha diritto di accedere ai dati che lo riguardano, di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione se non pertinenti o raccolti in modo non conforme alle norme. L'interessato può, altresì, opporsi al trattamento per motivi legittimi.

- I dati personali saranno pubblicati sul sito istituzionale e sulla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana.

- Titolare del trattamento dei dati è l'Assessore Regionale per la Salute.

- Responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente Generale del Dipartimento Pianificazione Strategica.

Si autorizza l'Amministrazione al trattamento dei propri dati personali

Data_____ Firma_____