

**GRADUATORIE REGIONALI DI SETTORE DELLA MEDICINA GENERALE  
ANNO 2016**

**All'Assessorato Politiche per la Salute  
della Regione Emilia-Romagna**

Viale Aldo Moro, 21  
40127 BOLOGNA BO

<b>BOLLO</b> <b>16,00</b>
------------------------------

**PRIMO INSERIMENTO**

**INTEGRAZIONE TITOLI**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
il I I I I I I I I sesso: M I \_ I F I \_ I codice fiscale I I I I I I I I I I I I I I I I I I I  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
indirizzo: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP I I I I I I I tel. \_\_\_\_\_ Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

secondo quanto previsto dall'art. 15 dell' accordo collettivo nazionale per la medicina generale 23/03/2005 e successive modifiche ed integrazioni,

**chiede**

**l'inserimento/l'integrazione titoli nelle graduatorie regionali di medicina generale, a valere per l'anno 2016, relative alle attività nel settore di (barrare una o più caselle):**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> assistenza primaria      | <input type="checkbox"/> emergenza sanitaria territoriale   |
| <input type="checkbox"/> continuità assistenziale | <input type="checkbox"/> medicina dei servizi territoriali ( <u>per incarichi a tempo determinato</u> ) |

**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: "I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato per una o più delle attività sopra indicate non possono fare domanda di inserimento nella relativa graduatoria di settore, e, pertanto, possono concorrere alla assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento".*

Acclude alla presente:

- n. \_\_\_\_\_ dichiarazioni sostitutive di certificazione ;
- n. \_\_\_\_\_ dichiarazioni sostitutive dell'atto notorio

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

- la propria residenza;  il domicilio sotto indicato:

c/o \_\_\_\_\_ CAP I I I I I I I Comune di \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

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

ESENTE DA  
IMPOSTA DI BOLLO

**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 I _ I _ I _ I _ I _ I con voto _____/110 *	<i>da 100 a 104: punti 0,30; da 105 a 109: punti 0,50; 110 e 110 lode: punti 1,00</i>  = p.
* se il voto di laurea non è espresso su 110 ma su 100, occorre specificarlo	
Abilitazione all'esercizio professionale conseguita presso l'Università di _____ in data I _ I _ I _ I _ I _ I	
Iscrizione all'Ordine dei medici di _____ dal I _ I _ I _ I _ I _ I	
Specializzazione o libera docenza in: a) MEDICINA GENERALE conseguita presso l'Università di _____ in data I _ I _ I _ I _ I _ I b) _____ conseguita presso l'Università di _____ in data I _ I _ I _ I _ I _ I c) _____ conseguita presso l'Università di _____ in data I _ I _ I _ I _ I _ I	<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/Diploma di formazione in medicina generale (dlgs 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 I _ I _ I _ I _ I _ I data fine corso I _ I _ I _ I _ I _ I	<i>Punti 7,20</i>

**Dichiara inoltre di essere in possesso**

Dell'Attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale conseguito presso: I 'A.S.L. _____ della Regione _____ il _____
---

Data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

(non soggetta ad autenticazione)

ESENTE DA  
IMPOSTA DI BOLLO

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

TITOLI DI SERVIZIO ED ATTIVITÀ SVOLTA

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO
I _ I _ I _ I _ I _ I Cod. regione

Io sottoscritt\_ Dott. \_\_\_\_\_

cognome

nome

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 di essere in possesso dei seguenti titoli di servizio:**

Note per la compilazione:

Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità della dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio, il medico può trasmettere una copia fotostatica, anche non autenticata, dei certificati di servizio di cui sia già in possesso.

1t) Medico di assistenza primaria convenzionato (compresa attività svolta in qualità di associato) nell'ambito della Regione nella cui graduatoria si chiede l'inserimento:  
(punti 0,30 per mese di attività)

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I ASL \_\_\_\_\_

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I ASL \_\_\_\_\_

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I ASL \_\_\_\_\_

1) Medico di assistenza primaria convenzionato, compresa attività svolta in qualità di associato:  
(punti 0,20 per mese di attività)

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I ASL \_\_\_\_\_

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I ASL \_\_\_\_\_

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I ASL \_\_\_\_\_

1) 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:  
(punti 0,20 per mese di attività)

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I ASL \_\_\_\_\_

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I ASL \_\_\_\_\_

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I ASL \_\_\_\_\_

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I ASL \_\_\_\_\_

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I ASL \_\_\_\_\_

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I ASL \_\_\_\_\_

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I ASL \_\_\_\_\_

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I ASL \_\_\_\_\_

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I ASL \_\_\_\_\_

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I ASL \_\_\_\_\_

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 I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I ASL/medico \_\_\_\_\_

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I 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 I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I ore \_\_\_\_\_

ASL \_\_\_\_\_ medico \_\_\_\_\_

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I 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 _____	Luglio	dal _____ al _____	ore _____
Febbraio	dal _____ al _____	ore _____	Agosto	dal _____ al _____	ore _____
Marzo	dal _____ al _____	ore _____	Settembre	dal _____ al _____	ore _____
Aprile	dal _____ al _____	ore _____	Ottobre	dal _____ al _____	ore _____
Maggio	dal _____ al _____	ore _____	Novembre	dal _____ al _____	ore _____
Giugno	dal _____ al _____	ore _____	Dicembre	dal _____ al _____	ore _____

**Anno:** ..... **Azienda Sanitaria Locale:** .....

Gennaio	dal _____ al _____	ore _____	Luglio	dal _____ al _____	ore _____
Febbraio	dal _____ al _____	ore _____	Agosto	dal _____ al _____	ore _____
Marzo	dal _____ al _____	ore _____	Settembre	dal _____ al _____	ore _____
Aprile	dal _____ al _____	ore _____	Ottobre	dal _____ al _____	ore _____
Maggio	dal _____ al _____	ore _____	Novembre	dal _____ al _____	ore _____
Giugno	dal _____ al _____	ore _____	Dicembre	dal _____ al _____	ore _____

**Anno:** ..... **Azienda Sanitaria Locale:** .....

Gennaio	dal _____ al _____	ore _____	Luglio	dal _____ al _____	ore _____
Febbraio	dal _____ al _____	ore _____	Agosto	dal _____ al _____	ore _____
Marzo	dal _____ al _____	ore _____	Settembre	dal _____ al _____	ore _____
Aprile	dal _____ al _____	ore _____	Ottobre	dal _____ al _____	ore _____
Maggio	dal _____ al _____	ore _____	Novembre	dal _____ al _____	ore _____
Giugno	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 ivi compreso quello prestato c/o Istituti penitenziari: (punti 0,20 per mese di attività, ragguagliato a 96 h. di attività)

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I ore I \_\_\_\_\_ I ASL \_\_\_\_\_

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I ore I \_\_\_\_\_ I ASL \_\_\_\_\_

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I ore I \_\_\_\_\_ I ASL \_\_\_\_\_

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I ore I \_\_\_\_\_ I ASL \_\_\_\_\_

3.b) Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate: (punti 0,10 per mese di attività, ragguagliato a 52 h. di attività)

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I ore I \_\_\_\_\_ I ASL \_\_\_\_\_

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I ore I \_\_\_\_\_ I ASL \_\_\_\_\_

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I ore I \_\_\_\_\_ I ASL \_\_\_\_\_

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I ore I \_\_\_\_\_ I ASL \_\_\_\_\_

3.c) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione nella emergenza sanitaria territoriale: (punti 0,20 per mese di attività)

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I ASL \_\_\_\_\_

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I ASL \_\_\_\_\_

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I ASL \_\_\_\_\_

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I ASL \_\_\_\_\_

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I ASL \_\_\_\_\_

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I ASL \_\_\_\_\_

4. Attività programmata nei servizi territoriali di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale in forma di reperibilità: (punti 0,05 per mese di attività ragguagliato a 96 h. di attività)

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I ore I \_\_\_\_\_ I ASL \_\_\_\_\_

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I ore I \_\_\_\_\_ I ASL \_\_\_\_\_

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I ore I \_\_\_\_\_ I ASL \_\_\_\_\_

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I ore I \_\_\_\_\_ I ASL \_\_\_\_\_

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I ore I \_\_\_\_\_ I ASL \_\_\_\_\_

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I ore I \_\_\_\_\_ I ASL \_\_\_\_\_

5. Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle AUSL: (punti 0,20 per mese di attività)

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I ASL \_\_\_\_\_

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I ASL \_\_\_\_\_

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I ASL \_\_\_\_\_

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)

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I ASL \_\_\_\_\_

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I ASL \_\_\_\_\_

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I ASL \_\_\_\_\_

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)

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I presso \_\_\_\_\_

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I presso \_\_\_\_\_

(\*): occorre presentare idonea documentazione. Per servizio civile volontario si intende l'attività prestata da giovani dai 18 ai 28 anni, per un anno, a favore di un impegno solidaristico.

8. 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)

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I presso \_\_\_\_\_

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I presso \_\_\_\_\_

(\*): occorre presentare idonea documentazione. Per servizio civile volontario si intende l'attività prestata da giovani dai 18 ai 28 anni, per un anno, a favore di un impegno solidaristico.

9. 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:

(punti 0,10 per mese di attività per un massimo di 12 mesi)

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I presso \_\_\_\_\_

9.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)

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I presso \_\_\_\_\_

10. 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)

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I presso \_\_\_\_\_

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I presso \_\_\_\_\_

dal I \_ I \_ I \_ I \_ I al I \_ I \_ I \_ I \_ I presso \_\_\_\_\_

13. 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 I I I I I I al I I I I I I presso \_\_\_\_\_

dal I I I I I I al I I I I I I presso \_\_\_\_\_

(\*) *Indicare, al punto 13, anche l'attività di medico di polizia.*

14 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 I I I I I I al I I I I I I presso \_\_\_\_\_

dal I I I I I I al I I I I I I presso \_\_\_\_\_

dal I I I I I I al I I I I I I 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

15 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 ed integrazioni e del D.M. 1 settembre 1988 n. 430 (\*)

(0,20 per mese di attività)

dal I I I I I I al I I I I I I presso \_\_\_\_\_

dal I I I I I I al I I I I I I 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, decreto legislativo 112/1998) è necessario allegare copia di detto provvedimento.*

La sottoscritta dichiara di aver usufruito di astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio nei seguenti periodi:

dal I I I I I I al I I I I I I presso \_\_\_\_\_

dal I I I I I I al I I I I I I presso \_\_\_\_\_

dal I I I I I I al I I I I I I presso \_\_\_\_\_

**Dichiaro 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 dell'art. 38 del DPR 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento d'identità del dichiarante.*

ESENTE DA  
IMPOSTA DI BOLLO

**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 2016

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 sottoelencati, sono conformi agli originali in possesso del sottoscritto:

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

Data

Firma \*

\_\_\_\_\_

- 5 La firma non è soggetta ad autenticazione se apposta in presenza del dipendente competente a ricevere la documentazione. Nel caso in cui la domanda di iscrizione alla graduatoria venga spedita dovrà essere allegata 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)

-----  
**REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

*Ai sensi dell'art.21 DPR 445/2000 io sottoscritto \_\_\_\_\_ dipendente regionale, certifico che la suddetta dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal dichiarante, della cui identità mi sono accertato a mezzo di \_\_\_\_\_ (estremi documento).*

Data, \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

## AVVERTENZE GENERALI

1. I medici che aspirano ad essere inseriti nella graduatoria 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 Dlgs. 256/91, 368/1999 e 277/03 (abilitazione all'esercizio professionale conseguita entro il 31 dicembre 1994).
2. I medici già inseriti nella graduatoria regionale valevole per il 2015 devono presentare domanda di integrazione dei titoli aggiuntivi rispetto a quelli precedentemente presentati.
3. I titoli accademici, di studio e di servizio. Come previsto dall'art.15 della legge 183/2011 e dalla direttiva n.14/2011 del Ministro della pubblica amministrazione e della semplificazione, **i certificati sono sostituiti dalle dichiarazioni sostitutive di certificazione o dall'atto di notorietà.**
  - a) per i titoli accademici e di studio, dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell'art.46 del DPR 445/2000 (Allegato A alla domanda);
  - b) per i titoli di servizio, dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, ai sensi dell'art.47 del DPR n. 445/2000, (Allegato B alla domanda), ovvero dichiarazione sostitutiva di notorietà con cui si attesta che la documentazione allegata è conforme all'originale (Allegato C alla domanda).

La dichiarazione sostitutiva di cui al punto b) se non sottoscritta in presenza del funzionario ricevente, deve essere spedita unitamente a fotocopia di un documento d'identità in corso di validità.

**Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere.**

4. **I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato per una o più attività di medicina generale non possono fare domanda di inserimento nella relativa graduatoria di settore (Art. 15, comma 11, ACN 23/3/2005 e s.m.i.**
5. La domanda, **in bollo**, deve essere spedita con Raccomandata A.R. entro il 31/01/2015 (a tal fine fa fede il timbro postale) oppure presentata all'ufficio Protocollo dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 13 - Viale Aldo Moro n. 21 Bologna - settimo piano. La mancata sottoscrizione della domanda o della dichiarazione sostitutiva, la spedizione o consegna oltre il termine del 31/01/2015, 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. Ai fini della graduatoria sono valutabili solo i titoli posseduti al 31/12/2014.
7. I medici che presentano domanda per la prima volta devono barrare la voce "primo inserimento"; tutti gli altri devono barrare la voce "integrazione titoli".
8. Per eventuali informazioni è possibile rivolgersi al Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina Generale, Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari: Grossi Daniela e Odorici Cinzia ai seguenti numeri telefonici 051/5277293-051/5277294;
  - Indirizzi e-mail [dgrossi@regione.emilia-romagna.it](mailto:dgrossi@regione.emilia-romagna.it); [codorici@regione.emilia-romagna.it](mailto:codorici@regione.emilia-romagna.it);
  - Indirizzo PEC: [segredistrettisan@postacert.regione.emilia-romagna.it](mailto:segredistrettisan@postacert.regione.emilia-romagna.it)

## 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 Emilia-Romagna;
5. L'art. 7 del citato D.Lgs 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 Emilia Romagna , responsabile è il Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali dell'Assessorato alle Politiche per la Salute.