



REGIONE CALABRIA

Giunta Regionale

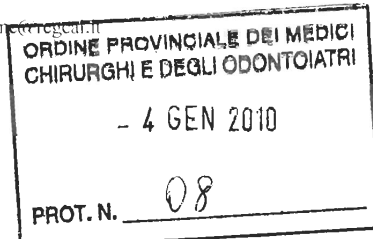
Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie

Settore Area L.E.A.

Servizio Attività Territoriali – Prevenzione e Promozione della Salute

Referente per quanto comunicato:

Vanda Leone tel 0961/856549 e-mail v.leone@regcal.it



Catanzaro. 30 DIC. 2009

Prot. n. 35398

Al Presidente
dell' Ordine dei Medici e
Chirurghi e Odontoiatri di
CATANZARO

Oggetto: Domanda di primo inserimento e domanda annuale di integrazione titoli per le graduatorie regionali di settore della medicina generale valide per l'anno 2011. Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 29 luglio 2009.

Come per gli anni precedenti, si forniscono alcune indicazioni circa le modalità di presentazione e di compilazione delle domande per l'inserimento nelle graduatorie di settore, relative all'anno 2011, dei medici da incaricare per l'espletamento delle attività della medicina generale, ciò per evitare, quanto più possibile, i contenziosi che ritardano notevolmente la definizione delle graduatorie.

Ai fini dell'inclusione nella relativa graduatoria annuale di settore, dunque, i medici da incaricare per l'espletamento delle attività di assistenza primaria, continuità assistenziale ed emergenza territoriale, devono presentare o inviare con plico raccomandato entro il termine del 31 gennaio dell'anno di riferimento al competente Dipartimento della Regione Calabria, una domanda corredata dalla documentazione atta a provare il possesso dei requisiti e dei titoli dichiarati o dall'autocertificazione e/o dalla dichiarazione sostitutiva ai sensi della normativa vigente

In sede di Accordo Collettivo Integrativo Regionale, definito in attuazione dell'A.C.N. del 23 luglio 2005, si è stabilito che la Regione Calabria proceda alla formulazione di distinte graduatorie per ciascuno dei seguenti settori:

- A. Assistenza Primaria
- B. Continuità Assistenziale
- C. Emergenza Sanitaria Territoriale.

Ai fini dell'espletamento delle attività relative ai sopra specificati settori, i medici da incaricare saranno tratti dalle suddette graduatorie, predisposte annualmente a cura di questo Dipartimento sulla base dei titoli presentati ed in relazione a quanto previsto nell'art.16 del citato A.C.N.

La domanda per l'inserimento nelle singole graduatorie (**AII. A**) viene presentata una sola volta ed è valida fino a revoca da parte del medico, mentre annualmente vengono presentate domande integrative dei titoli (**AII. AI**), aggiuntivi rispetto a quelli precedentemente allegati.

La domanda è unica ed in essa va indicata la richiesta di inclusione da parte del medico in una o più graduatorie di settore (contrassegnando uno o più dei settori di attività).

Si raccomanda di richiamare la **particolare attenzione dei medici nell'indicare il/i settore/i di attività per il/i quale/i si intende essere inseriti in graduatoria**, precisando che i medici già titolari di incarico a tempo indeterminato per una o più delle attività di cui all'A.C.N., non possono fare domanda di inserimento nella relativa graduatoria e, pertanto, possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.

I medici che aspirano all'iscrizione nelle singole graduatorie di settore **valevoli per l'anno 2011**, devono possedere i seguenti requisiti alla scadenza del termine per la presentazione delle domande (**gennaio 2010**):

- Iscrizione all'Albo Professionale;
- Essere in possesso dell'attestato di formazione in Medicina Generale o titolo equipollente, come previsto dai decreti legislativi 8 agosto 1991, n.368 e 8 luglio 2003 n.277.
- Coloro che intendono essere inseriti nel settore Emergenza Sanitaria Territoriale devono, altresì, essere in possesso dell'attestato d'idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale

Ai fini della determinazione del punteggio valido per la/e graduatoria/e dovranno essere specificati dettagliatamente i periodi effettivi di attività con le relative ore.

Per l'inclusione nelle relative graduatorie regionali di settore da valere per l'anno 2011 i medici devono, **entro e non oltre il 31 gennaio 2010**, presentare direttamente al protocollo dell'Ente o inviare con plico raccomandato alla Regione Calabria -- Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie -- Via Edmondo Bucciarelli, 30 88100 Catanzaro -, una domanda unica conforme allo schema allegato (**allegato A**), corredata dall'autocertificazione e/o dichiarazione sostitutiva ai sensi della normativa vigente.

I medici che siano già iscritti nella graduatoria/e dell'anno precedente devono presentare, entro lo stesso termine, la domanda annuale di integrazione titoli (**allegato A1**), l'autocertificazione della iscrizione all'albo professionale e la documentazione probatoria degli ulteriori titoli acquisiti nel corso dell'ultimo anno, nonché di eventuali titoli non presentati per la precedente graduatoria.


Saranno valutati esclusivamente i titoli accademici e di servizio posseduti **alla data del 31/12/2009**.

La domanda, **redatta in carta semplice**, deve essere corredata da copia di un documento d'identità in corso di validità e dei titoli in regola con le vigenti norme di legge in materia d'imposta di bollo.

Al fine di snellire le procedure di controllo da parte dell'ufficio sulle veridicità di quanto dichiarato nelle autocertificazioni o nelle dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà, il medico può presentare una copia fotostatica anche non autenticata ed in carta semplice, dei relativi certificati di servizio ed attestati posseduti.

Con preghiera di curare la massima diffusione della presente circolare inviandone copia anche alle altre sedi provinciali, si ringrazia per la collaborazione e si porgono distinti saluti.

Il Dirigente del Servizio
(Dot.ssa Rosanna Maieca)



DOMANDA ANNUALE DI INTEGRAZIONE TITOLI PER LE GRADUATORIE REGIONALI DI SETTORE DELLA MEDICINA GENERALE VALIDE PER L'ANNO 2011 allegato A1

RACCOMANDATA

REGIONE CALABRIA
DIPARTIMENTO TUTELA DELLA SALUTE
SETTORE ATTIVITA' TERRITORIALI
VIA BUCCARELLI N.30
88100 CATANZARO

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ M ___ F ___ Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Comune di residenza _____ prov. _____ indirizzo _____

n. _____ CAP _____ tel. _____ Azienda U.S.L. di residenza _____

CHIEDE

secondo quanto previsto dall'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale ex art. 8 del D.L.vo 30.12.92, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni l'aggiornamento del punteggio relativo ai propri titoli nella graduatoria regionale di medicina generale, a valere per l'anno 2011, relativamente all'attività nel settore di: (sbarrare il settore che interessa).

- a) Assistenza Primaria;
- b) Continuità Assistenziale;
- c) Emergenza Sanitaria Territoriale;

A tal fine acclude alla presente la seguente documentazione:

- a) Certificato di iscrizione all'ordine dei Medici della provincia di _____ rilasciato il _____ (vedi nota)
- b) Attestato di formazione specifica in Medicina generale
- c) Autocertificazione di titolo equipollente;
- d) Attestato d'idoneità o copia autentica o autocertificazione all'esercizio dell'attività di Emergenza Sanitaria Territoriale (per coloro che intendono essere inseriti nel settore Emergenza Sanitaria Territoriale);
- e) N. _____ documenti relativi ai titoli in suo possesso – valutabili ai fini della graduatoria predetta – e specificati nel prospetto interno

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

- La propria residenza ;
- Il domicilio sotto indicato

c/o _____ Comune _____ prov. _____ indirizzo _____
n. _____ CAP _____

Data _____ firma per esteso _____

Avvertenze importanti.

I documenti comprovanti il possesso dei titoli dichiarati devono essere in regola con le norme sull'imposta di bollo e le disposizioni di legge vigenti.

Ai fini delle attribuzione del relativo punteggio, la documentazione allegata deve essere tale da poterne consentire la valutazione e non si terrà conto di quella della quale non è possibile dedurre i dati di valutazione o di quella mancante rispetto a quanto dichiarato dal medico.

TITOLI ED ATTIVITÀ SVOLTA

	PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO	
<i>I Titoli accademici o di studio</i>		
Specializzazione o libera docenza in medicina generale o disciplina equipollente ai sensi del D.M. 10.3.83 tab.B specializzazione in _____ specializzazione in _____	Totale n. X 2,00 = p.	
Specializzazione o libera docenza nelle discipline affini alla medicina generale, ai sensi del D.M. 10.3.83 tab.B specializzazione in _____ specializzazione in _____	Totale n. x 0,50 = p.	
Attestato di formazione in medicina generale di cui all'art. 1, comma 2 o all'art. 2, comma 2, del D.L.vo n. 256/91 e alla Legge 277/2003 (punti 7,20) dal _____ al _____	= punti	
<i>II Titoli di servizio</i>	Punteggi Stessa Regione	Punteggi Altra Regione
Attività di assistenza primaria convenzionata, a tempo indeterminato, determinato, o svolta in qualità di associato dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	Totale Mesi X 0,30. p. _____	Totale Mesi X 0,20. p. _____
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): dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	Totale Mesi X 0,20. p. _____	
Stessa attività di cui al punto precedente dovuta ad attività sindacale e sostituzioni d'ufficio anche se di durata inferiore a 5 gg. (3). Le sostituzioni effettuate su base oraria ai sensi dell'art. 23 sono valutate con gli stessi criteri di cui al Titolo II, lett. c) dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	Totale Mesi X 0,20. p. _____	
Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione di continuità assistenziale (per mese, ragguagliato a 96 ore di attività) U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____	Totale Mesi X 0,20. p. _____	

	PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO	
Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o di sostituzione nella medicina dei servizi (per mese, ragguagliato a 96 ore di attività) U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____	Totale Mesi X 0,20. p. _____	
Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione nella emergenza sanitaria territoriale U.S.L. _____ dal _____ al _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____	Totale Mesi X 0,20. p. _____	
Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate: (*) per ogni mese di attività corrispondente a 52 ore: U.S.L. _____ dal _____ al _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____	Totale Mesi X 0,10. p. _____	
Attività programmata nei servizi territoriali di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale in forma di reperibilità ai scnsi del presente accordo (per mese, ragguagliato a 96 ore di attività) U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____	(*) Totale Mesi X 0,05. p. _____	
Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende: (per mese) U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____ U.S.L. _____ dal _____ al _____ ore _____	(*) Totale Mesi X 0,20. p. _____	
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 (per mese per un massimo di 12 mesi) dal _____ al _____	(*) Totale Mesi X 0,10. p. _____	
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 e limitatamente al periodo di concomitanza. (per mese) dal _____ al _____	(*) Totale Mesi X 0,20. p. _____	

	PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO	
servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto dopo la laurea in medicina e chirurgia: (per mese per un massimo di 12 mesi) dal _____ al _____	(*) Totale Mesi X 0,10. p. _____	
servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto in concomitanza di incarico ai sensi del presente Accordo: (per mese per un massimo di 12 mesi) dal _____ al _____	(*) Totale Mesi X 0,20. p. _____	
Attività di medico pediatra di libera scelta, anche in forma di sostituzione, se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi (per mese di attività). dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	Totale Mesi X 0,10. p. _____	
Attività come medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna, e medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici, medico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato con il Ministero della Sanità per il servizio di assistenza ai naviganti. (0,05 punti per mese di attività) dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	(*) Totale Mesi X 0,05. p. _____	
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 per ogni mese di attività: dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	(*) Totale Mesi X 0,20. p. _____	
Servizio prestato presso aziende termali, (Legge 24 ottobre 2000 n. 323 art.8), equiparato all'attività di continuità assistenziale, per ogni mese complessivo di attività: dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	(*) Totale Mesi X 0,20. p. _____	
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 e del decreto ministeriale 1° settembre 1988 n.430: per ciascun mese complessivo dal _____ al _____ dal _____ al _____ dal _____ al _____	(*) Totale Mesi X 0,20. p. _____	
firma del medico	Totale punteggio complessivo	

(*) Punteggio per attività prestate indipendentemente dalla regione di appartenenza

N.B.: Le sostituzioni sono valutabili solo se effettuate a medico di medicina generale con più di 100 utenti, e a medico pediatra con almeno 70 utenti. Tali indicazioni devono essere espressamente dichiarate nel certificato rilasciato dall'Ente interessato.

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott. _____ nato
a _____ il _____ residente in _____
Via/Piazza _____ n° _____
iscritto all'Albo dei _____ della Provincia di _____
ai sensi e agli effetti dell'art. 4, legge 4 gennaio 1968, n° 15 dichiara
formalmente di

1) essere - non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo
definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o
privati (2):
Soggetto _____ ore settimanali _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

2) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del
relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte e con n° _____
scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ Azienda

3) essere/non essere (1) titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del
relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte
Periodo: dal _____

4) essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1)
come specialista ambulatoriale convenzionato interno: (2)
Azienda _____ branca _____ ore sett. _____
Azienda _____ branca _____ ore sett. _____

5) essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)
Provincia _____ branca _____
Periodo: dal _____

6) avere/non avere (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n.
502/92:
Azienda _____ Via _____
Tipo di attività _____
Periodo: dal _____

7) essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale
o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1),
nella Regione _____ o in altra regione (2):
Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____
in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

8) essere/non essere iscritto (1) a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto
Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n° 257/91, e
corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:
Denominazione del corso _____
Soggetto pubblico che lo svolge _____
Inizio: dal _____

9) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni. (2)

Organismo _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

10) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78: (2)

Organismo _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

11) svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:

Azienda _____ ore sett. _____
Via _____ Comune di _____
Periodo: dal _____

12) svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)

Azienda _____ Comune di _____
Periodo: dal _____

13) avere/non avere (1) qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (2)

Periodo: dal _____

14) essere/non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale:

15) fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo: dal _____

16) svolgere/non svolgere (1) altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

Periodo: dal _____

17) essere/non essere (1) titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato: (1) (2)

Azienda _____ Comune _____ ore sett. _____
Tipo di attività _____
Periodo: dal _____

18) operare/non operare (1) a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7):

Soggetto pubblico _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro: _____

Periodo: dal _____

19) essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a: (2)

Periodo: dal _____

20) fruire/non fruire (1) di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto 15: (2)

soggetto erogante il trattamento pensionistico _____

Pensionato dal _____

NOTE: _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

Data _____ Firma _____

(1) - cancellare la parte che non interessa

(2) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE"

**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 valida per il periodo:

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 _____;

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
