



U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE

Direttore: Dott. Gabriele Gatti

U.O.S. Medicina Convenzionata e Privati Accreditati e Controlli

Responsabile: Dott. Rossana Mori

Prot. n. 1355/11Verona, 10 agosto 2018

**OGGETTO: Modulo domanda per l'inserimento nella graduatoria unica regionale predisposta ai fini del conseguimento degli incarichi nell'area di Medicina Generale, valida per l'anno 2019. Riapertura termini.**

A mezzo Posta Elettronica Certificata

Ai Signori  
DIRETTORI GENERALI  
DIRETTORI AMMINISTRATIVI TERRITORIALI  
delle Aziende UU.LL.SS.SS. del Veneto

Ai Signori PRESIDENTI  
degli Ordini dei Medici delle Province del Veneto

e, p.c.

ALLA REGIONE DEL VENETO  
Direzione Programmazione Sanitaria - LEA  
U.O. Cure Primarie e Strutture Socio-Sanitarie Territ.li

La Norma transitoria n. 1 dell'Accordo Collettivo Nazionale della medicina generale 21.6.2018 prevede che i medici che abbiano acquisito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente al 31 gennaio 2018 possano presentare domanda per l'inserimento nella graduatoria regionale, valida per l'anno 2019, entro il 15 settembre 2018. La domanda deve essere corredata dall'autocertificazione del titolo nel frattempo acquisito e dei titoli accademici e di servizio posseduti alla data del 31 dicembre 2017.

Si trasmette pertanto in allegato, per la distribuzione ai medici pediatri interessati, il **MODULO** della domanda di iscrizione nella graduatoria regionale della Medicina Generale, valida per l'anno 2019, corredata delle "AVVERTENZE GENERALI" nonché delle relative dichiarazioni sostitutive (Allegati "A", "B", "C" e "D"), da presentare entro il 15 settembre 2018 (termine perentorio) unicamente dai medici aventi titolo.

Il modulo è altresì disponibile anche al seguente indirizzo internet [www.aulss9.veneto.it](http://www.aulss9.veneto.it), sezione "Concorsi e avvisi".

Si aggiunge, come riportato nelle "Avvertenze Generali" allegate al modulo di domanda, che la domanda di inclusione nella graduatoria regionale, indirizzata a:

Azienda ULSS n. 9 Scaligera – UOS Medicina Convenzionata e P. A. e C. – Via Valverde 42 – 37122 Verona

può essere consegnata a mano (solo c/o Ufficio Protocollo – Via Valverde, 42 – Verona) o inviata a mezzo raccomandata A/R, entro la stessa data. Farà fede, in quest'ultimo caso, la data del timbro postale di spedizione. La domanda può essere inviata anche a mezzo PEC (da trasmettere esclusivamente da indirizzo PEC nominativo personale del medico e indirizzata a: [protocollo.aulss9@pecveneto.it](mailto:protocollo.aulss9@pecveneto.it)). Non saranno accettate le domande trasmesse con modalità diverse da quelle sopra indicate (ad es. via fax, posta elettronica, ...).

Distinti saluti.

Il Responsabile dell'UOS Medicina Convenzionata e P. A. e C.  
(Dott. Rossana Mori)



All. cit. - Copia: Servizio Affari Generali - Ufficio Protocollo



1. aver conseguito la laurea in medicina e chirurgia, presso l'Università degli Studi di

\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_/110\_\_\_\_\_\*

*\*se il voto di laurea non è espresso su 110 ma su 100, occorre specificarlo*

2. aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_ sessione \_\_\_\_\_;

3. aver ottenuto la prima iscrizione all'Ordine dei medici di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;

4. essere stato successivamente iscritto all'Ordine dei medici di:

a) \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;

b) \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;

5.  essere  non essere in possesso dell'attestato/diploma di formazione in medicina generale di cui al D.Lgs. n. 256/91 e al D.Lgs. n. 368/99 come modificato dal D.Lgs. n. 277/2003, [in caso di possesso specificare quanto segue]

conseguito il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ frequenza dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;

6. aver svolto il servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile, dopo il conseguimento del diploma di laurea in Medicina: dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ c/o \_\_\_\_\_;

7.  non avere  avere subito provvedimenti di revoca o decadenza del rapporto convenzionale ai sensi dei rispettivi Accordi Collettivi Nazionali (in caso affermativo specificare la data di irrogazione effettiva della sanzione o la data di decadenza del rapporto convenzionale \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e l'ASL che ha adottato il provvedimento \_\_\_\_\_);

8.  di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali, ex art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016, allegata al presente avviso;

9.  di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e del Regolamento Europeo n. 679/2016, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti.

Alla presente domanda allega, inoltre, i seguenti documenti relativi ai titoli accademici, di studio e di servizio valutabili ai fini della graduatoria predetta, **maturati al 31/12/2017** (vedi Avvertenze Generali - "Modalità di documentazione dei titoli accademici, di studio e di servizio"):

n. \_\_\_\_ **dichiarazione sostitutiva di certificazione (allegato A);**

n. \_\_\_\_ **dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (allegato B);**

n. \_\_\_\_ **dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (allegato C);**

n. \_\_\_\_ **certificazioni in originale rilasciate da Soggetti/Enti Privati o Esteri;**

n. **1 copia fotostatica di valido documento di identità.**

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata  alla propria residenza  al domicilio sotto indicato:

c/o \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ prov.(\_\_\_\_)

indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ data

\_\_\_\_\_ Firma per esteso e leggibile (1)

\*\*\*\*\*

**NOTA (1):**

- La **firma** non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto.
- Nel caso in cui la domanda di iscrizione alla graduatoria regionale venga spedita a mezzo raccomandata A.R./PEC alla presente dichiarazione dovrà essere allegata copia fotostatica del documento di identità del medico interessato.
- La mancata sottoscrizione della domanda è motivo di esclusione dalla graduatoria.

\*\*\*\*\*

## AVVERTENZE GENERALI

**ATTENZIONE:** Ai sensi della Norma transitoria n. 1 dell'Accordo Collettivo Nazionale di medicina generale recepito con Intesa Stato-Regioni in data 21.6.2018, **SOLO i medici che abbiano conseguito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente al 31 gennaio 2018, possono presentare domanda per l'inserimento nella graduatoria regionale, valida per l'anno 2019, entro il 15 settembre 2018.**

La domanda deve essere corredata dall'autocertificazione del titolo nel frattempo conseguito e dei titoli accademici e di servizio posseduti alla data del 31 dicembre 2017.

### REQUISITI PER L'ACCESSO ALLA GRADUATORIA:

- 1) diploma di laurea in medicina e chirurgia e iscrizione al relativo Albo Professionale;
- 2) possesso dell'attestato/diploma di formazione in medicina generale, come previsto dal D.Lgs. n. 256/91 e dal D.Lgs. n. 368/99 come modificato dal D.Lgs. n. 277/2003, oppure abilitazione all'esercizio professionale conseguita entro il 31/12/1994 (titolo equipollente previsto dal D.Lgs. 17/08/1999, n. 368)

Ai fini dell'inclusione nella graduatoria regionale, valida per l'anno 2019, **i medici che abbiano conseguito il diploma di formazione specifica in medicina generale successivamente al 31 gennaio 2018 possono presentare entro il termine perentorio del 15/09/2018, domanda debitamente compilata e sottoscritta come da schema allegato e in regola con le vigenti norme sull'imposta di bollo.**

La domanda, indirizzata all'**AZIENDA U.L.S.S. N. 9 - UOS MEDICINA CONVENZIONATA E P. A. E C. - VIA VALVERDE, 42 - 37122 VERONA**, può essere consegnata a mano (solo c/o Ufficio Protocollo - Via Valverde, 42 - Verona) o inviata a mezzo raccomandata A/R, entro la stessa data. Farà fede, in quest'ultimo caso, la data del timbro postale di spedizione. La domanda può essere inviata anche a mezzo PEC (da trasmettere esclusivamente da indirizzo PEC nominativo personale del medico e indirizzata a: protocollo.aulss9@pecveneto.it). In tal caso leggere, compilare e spedire obbligatoriamente anche l'allegato D. Si rammenta che, ai fini dell'inserimento nella graduatoria, la domanda deve essere presentata annualmente.

### COSTITUISCONO MOTIVI DI ESCLUSIONE DALLA PRESENTE PROCEDURA:

- 1) L' AVER CONSEGUITO IL DIPLOMA DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE ENTRO IL **31/01/2018;**
- 2) LA MANCANZA DELLA FIRMA NELLA DOMANDA;

- 3) LA MANCATA TRASMISSIONE IN ALLEGATO ALLA DOMANDA DI COPIA DI UN VALIDO DOCUMENTO DI IDENTITA';
- 4) L'OMESSA DICHIARAZIONE DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE DEI MEDICI (si ricorda che l'iscrizione all'Ordine dei Medici viene attestata dall'interessato compilando i punti 3 e 4 dell'Autocertificazione - che fa parte integrante della domanda di iscrizione alla graduatoria unica regionale - e che la stessa ha validità di 6 mesi);
- 5) LA MANCATA TRASMISSIONE DELLA DOMANDA ENTRO IL PREDETTO TERMINE PERENTORIO DEL **15/09/2018** CON LE MODALITÀ SOPRA ELENcate.

## **MODALITA' DI DOCUMENTAZIONE DEI TITOLI ACCADEMICI, DI STUDIO E DI SERVIZIO**

Ai sensi delle modifiche al D.P.R. 445/2000 introdotte dall'art. 15 della L. 183/2011, a decorrere dal 01.01.2012 le Amministrazioni Pubbliche non possono accettare certificazioni rilasciate da Amministrazioni Pubbliche o gestori di pubblici servizi, pena la mancata valutazione dei titoli oggetto della certificazione. Pertanto, **per essere oggetto di valutazione, i titoli conseguiti presso una Amministrazione Pubblica o un gestore di Pubblico Servizio, devono essere obbligatoriamente autocertificati ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., con indicazione di tutti gli elementi per una corretta valutazione dei titoli stessi** (vedi Allegati A e B).

I titoli conseguiti presso soggetti privati o esteri possono invece essere allegati alla domanda di partecipazione in originale o in copia legale o autenticata ai sensi di legge, ovvero anche in fotocopia, munita di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, sottoscritta dal candidato, attestante che la copia allegata è conforme all'originale, ai sensi dell'articolo 19 del DPR 445/2000 e s.m.i. (vedi Allegato C). Nel caso in cui il candidato non possa produrre gli originali o le fotocopie dei suddetti titoli con le modalità sopra descritte, può dichiararne il possesso attraverso apposita dichiarazione sostitutiva (vedi Allegati A e B).

I **titoli accademici e di studio** posseduti e i **titoli di servizio** svolto vengono documentati dall'interessato mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione (**Allegato A**), ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., e mediante dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (**Allegato B**), ai sensi dell'art. 47 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., in carta semplice, dalla quale risultino:

- a. i propri dati anagrafici;
- b. la seguente **formula**:
  - dichiarazione sostitutiva di certificazione: "il sottoscritto (dati anagrafici) sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e s.m.i., dichiara di essere in possesso dei titoli accademici e di studio di seguito indicati";
  - dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà: "il sottoscritto (dati anagrafici) sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e s.m.i., dichiara di essere in possesso dei titoli di servizio di seguito indicati";
- c. l'**esatto indirizzo** dell'Università/Ente presso il quale si è conseguito il titolo o si è svolto il servizio, come segue: nome dell'Università/Ente, via, numero civico, C.A.P., Città (prov.), numero telefonico e numero di fax;
- d. **tutti** gli elementi necessari per la corretta valutazione del titolo;
- e. la **firma**: non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto. Nel caso in cui la domanda di iscrizione alla graduatoria regionale venga spedita a mezzo raccomandata A.R./PEC, alla presente dichiarazione dovrà essere allegata copia fotostatica di un valido documento di identità, del medico interessato. La mancanza di sottoscrizione comporta la nullità della dichiarazione sostitutiva.

La dichiarazione sostitutiva di certificazione e la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dovranno essere complete e leggibili per consentirne la corretta valutazione e i necessari controlli di veridicità (art. 71 D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.). Qualora dal controllo emerga la non veridicità di quanto dichiarato e prodotto, l'interessato decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera oltre a soggiacere alle sanzioni penali previste in ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci.

## **ELEMENTI NECESSARI PER L'ATTRIBUZIONE DEL PUNTEGGIO**

**Ai fini di una corretta valutazione del punteggio si ribadisce, inoltre, quanto segue:**

- a) le attività di Continuità Assistenziale, di Emergenza Sanitaria Territoriale e di Medicina dei Servizi, a tempo indeterminato e a tempo determinato, devono essere documentate indicando per ogni mese di attività tutte le effettive ore svolte, tenendo distinte le ore svolte in forma attiva da quelle svolte in forma di reperibilità;

- b) l'Attività Territoriale Programmata deve essere documentata indicando per ogni mese di attività tutte le effettive ore svolte;
- c) l'attività di medico di medicina generale e quella di medico specialista pediatra di libera scelta devono essere documentate indicando specificatamente l'Accordo Collettivo Nazionale di riferimento. In caso contrario verrà attribuito il punteggio inferiore. Inoltre le dichiarazioni sostitutive attestanti le sostituzioni di medicina generale e di medicina pediatrica dovranno dare atto specificatamente che il numero degli assistiti iscritti presso il medico sostituito, sia rispettivamente superiore a 100 o 70.
- d) il servizio prestato presso aziende termali (con le modalità di cui all'art. 8 della L. 24/10/2000 n. 323), equiparato all'attività di continuità assistenziale, deve essere documentato indicando per ogni mese di attività tutte le effettive ore svolte.
- e) l'astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio durante il periodo di incarico a tempo determinato e/o indeterminato nell'Area di Medicina Generale potrà essere documentata, indicando la data di inizio e di fine, con dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà secondo l'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.

I documenti autocertificati/allegati alla domanda degli anni precedenti sono acquisiti agli atti, purché ne venga fatto espresso riferimento, barrando la colonna "B" delle rispettive "Dichiarazioni sostitutive".

**La dichiarazione sostitutiva di certificazione e la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà comprovanti i titoli posseduti dovranno essere tali da consentirne la valutazione; non si terrà conto delle dichiarazioni dalle quali non sia possibile dedurre precisamente i dati di valutazione o di quella mancante rispetto a quanto dichiarato dal medico nella domanda.**

**Per informazioni telefonare al numero 045/6712432**

**Sito Internet => <https://www.aulss9.veneto.it/> sezione "Concorsi e avvisi"**

\*\*\*\*\*

**NOTA BENE**

Principi applicabili a tutti i trattamenti effettuati da soggetti pubblici - art. 18, D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003 e Regolamento Europeo n. 679/2016: i dati personali che l'Azienda U.L.S.S. 9 acquisisce verranno trattati esclusivamente per lo svolgimento degli adempimenti istituzionali previsti dagli articoli 15 e 16 dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, recepito mediante Intesa del 23/03/2005 e s.m.i.. Gli indirizzi di residenza/posta elettronica/pec e recapiti telefonici potranno essere forniti alle UU.LL.SS.SS. del Veneto ai fini del conferimento di incarichi (si invita a indicare il proprio indirizzo PEC).

\*\*\*\*\*

**INFORMATIVA**  
**per il trattamento dei dati personali,**  
**ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016**

**1. Premessa**

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016, l'Azienda ULSS 9 Scaligera della Regione Veneto, in qualità di "Titolare" del trattamento, è tenuta a fornirLe informazioni in merito all'utilizzo dei suoi dati personali.

**2. Identità e dati di contatto del titolare del trattamento**

Il Titolare del trattamento dei dati personali di cui alla presente informativa è l'Azienda ULSS 9 Scaligera della Regione Veneto, con sede a Verona (cap.: 37122) – Via Valverde n. 42.

Al fine di semplificare le modalità di inoltro e ridurre i tempi per il riscontro si invita a presentare le richieste di cui al paragrafo n. 9, all'Azienda ULSS 9 Scaligera – U.O.S. Medicina Convenzionata e Privati Accreditati e Controlli, al seguente indirizzo di posta elettronica certificata (PEC): [protocollo.aulss9@pecveneto.it](mailto:protocollo.aulss9@pecveneto.it).

**3. Responsabile della protezione dei dati personali**

L'Azienda ULSS 9 Scaligera ha designato quale Responsabile della protezione dei dati l'avv. Piergiorgio Cervato, dello Studio Legale Cervato Law & Business, con sede a Padova, Via Niccolò Tommaseo n. 78/C.

**4. Soggetti autorizzati al trattamento**

I Suoi dati personali sono trattati da personale interno previamente autorizzato e designato quale incaricato del trattamento, cui sono impartite idonee istruzioni in ordine a misure, accorgimenti, modus operandi, tutti volti alla concreta tutela dei Suoi dati personali.

**5. Finalità e base giuridica del trattamento**

Il trattamento dei Suoi dati personali viene effettuato dall'Azienda ULSS 9 Scaligera per gli adempimenti previsti per legge finalizzati alla stesura della graduatoria regionale di Medicina Generale per l'anno 2019.

**6. Destinatari dei dati personali**

I Suoi dati personali saranno oggetto di comunicazione ad altre Pubbliche Amministrazioni per l'effettuazione delle verifiche relative alla veridicità delle dichiarazioni sostitutive ai sensi del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, nonché per l'acquisizione, ai sensi delle vigenti disposizioni legislative, della documentazione necessaria in caso dell'eventuale instaurazione del rapporto di convenzionamento con le Aziende ULSS della Regione del Veneto.

**7. Trasferimento dei dati personali ai Paesi extra UE**

I Suoi dati personali non sono trasferiti al di fuori dell'Unione Europea.

**8. Periodo di conservazione**

I Suoi dati personali sono conservati per un periodo di 10 anni dalla data del provvedimento di presa d'atto dell'esito del presente procedimento.

**9. I Suoi diritti**

Nella Sua qualità di interessato, Lei potrà esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento Europeo n. 679/2016, tra cui il diritto:

- di accesso ai dati personali
- di ottenere la rettifica dei dati personali inesatti
- di ottenere la cancellazione dei dati personali qualora non fossero più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti nonché nel caso in cui i dati personali siano stati trattati illecitamente
- di opporsi al trattamento dei propri dati personali
- di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali

**10. Conferimento dei dati**

Il conferimento dei Suoi dati è necessario per le finalità sopra indicate.

Il mancato conferimento comporterà l'esclusione dalla partecipazione al presente procedimento.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e successive modifiche ed integrazioni)

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_,  
sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non  
veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e s.m.i.,

**D I C H I A R A**

di essere in possesso dei titoli accademici e di studio di seguito indicati:

[N.B. per inserire ulteriori titoli, fotocopiare la pagina interessata, aggiungendo "/bis", "/ter" ecc. al numero di pag.]

A (1)	B (2)	I – Titoli accademici e di studio
[]	[]	1) Diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ numero di telefono _____ numero di fax _____ in data ___/___/_____ con voto _____/110 _____*; *se il voto di laurea non è espresso su 110 ma su 100, occorre specificarlo (voto 110/110, 110/110 lode o 100/100, 100/100 lode: 1,00 punto; da 105/110 a 109/110 o da 95/100 a 99/100: 0,50 punti; da 100/110 a 104/110 o da 90/100 a 94/100: 0,30 punti)
[]	[]	2) Specializzazione o libera docenza in medicina generale o disciplina <u>equipollente</u> ai sensi del D.M. 30/01/1998 e successive modifiche (2,00 punti) specializzazione in _____ presso l'Università degli Studi di _____ numero di telefono _____ numero di fax _____ in data ___/___/_____; se la specializzazione è stata conseguita ai sensi del D.Lgs. n. 257/91 e D.Lgs. n. 368/99 come modificato dal D.Lgs. n. 277/2003, dichiara anche il periodo di frequenza dal _____ al _____
[]	[]	specializzazione in _____ presso l'Università degli Studi di _____ numero di telefono _____ numero di fax _____ in data ___/___/_____; se la specializzazione è stata conseguita ai sensi del D.Lgs. n. 257/91 e D.Lgs. n. 368/99 come modificato dal D.Lgs. n. 277/2003, dichiara anche il periodo di frequenza dal _____ al _____
[]	[]	3) Specializzazione o libera docenza nelle discipline <u>affini</u> alla medicina generale, ai sensi del D.M. 31/01/1998 e successive modifiche (0,50 punti) specializzazione in _____ presso l'Università degli Studi di _____

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	numero di telefono _____ numero di fax _____ in data ___/___/____; se la specializzazione è stata conseguita ai sensi del D.Lgs. n. 257/91 e D.Lgs. n. 368/99 come modificato dal D.Lgs. n. 277/2003, dichiara anche il periodo di frequenza dal _____ al _____  specializzazione in _____ presso l'Università degli Studi di _____  numero di telefono _____ numero di fax _____ in data ___/___/____; se la specializzazione è stata conseguita ai sensi del D.Lgs. n. 257/91 e D.Lgs. n. 368/99 come modificato dal D.Lgs. n. 277/2003, dichiara anche il periodo di frequenza dal _____ al _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4) Attestato/Diploma di formazione in medicina generale di cui al D.Lgs. n. 256/91 e al D.Lgs. n. 368/99 come modificato dal D.Lgs. n. 277/2003. (7,20 punti) frequenza dal _____ al _____ conseguito il _____ presso _____  numero di telefono _____ numero di fax _____ <i>[Ai sensi della Norma transitoria n. 1 dell'ACN 21.6.2018: il diploma di formazione specifica in medicina generale deve essere stato conseguito successivamente al 31 gennaio 2018]</i>

- 1) Barrare la colonna "A" in corrispondenza dei titoli di cui si chiede la valutazione per la prima volta con la presente domanda.
- 2) Barrare la colonna "B" in corrispondenza dei titoli che sono stati autocertificati/presentati e valutati in occasione di precedenti domande e sono acquisiti agli atti e siano tali da poterne consentire la valutazione.

\_\_\_\_\_ data

\_\_\_\_\_ Firma per esteso e leggibile (1)

\*\*\*\*\*

**NOTA (1):**

- La **firma** non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto.
- Nel caso in cui la domanda di iscrizione alla graduatoria regionale venga spedita a mezzo raccomandata A.R./PEC alla presente dichiarazione **dovrà essere allegata copia fotostatica del documento di identità del medico interessato.**
- La mancanza di sottoscrizione comporta la nullità della dichiarazione sostitutiva.

\*\*\*\*\*

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ**

(ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e successive modifiche ed integrazioni)

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_,  
sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non  
veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e s.m.i.,

**DICHIARA**

di essere in possesso dei titoli di servizio di seguito indicati:

[N.B. per inserire ulteriori periodi, fotocopiare la pagina interessata, aggiungendo "/bis", "/ter" ecc. al numero di pag.]

A (1)	B (2)	II - <u>Titoli di servizio</u>
		5) Attività di <b>medico di assistenza primaria convenzionato</b> , a tempo indeterminato o determinato, compresa l'attività svolta in qualità di associato, prestata <b>nella Regione del Veneto</b> . (0,30 punti per mese di attività)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ULSS _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ULSS _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ULSS _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ULSS _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ULSS _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ULSS _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ULSS _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ULSS _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ULSS _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ULSS _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ULSS _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ULSS _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ULSS _____ 1
		6) Attività di <b>medico di assistenza primaria convenzionato</b> , a tempo indeterminato o determinato, compresa l'attività svolta in qualità di associato, prestata <b>fuori dalla Regione del Veneto</b> . (punti 0,20 per mese di attività)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ 1





<sup>1</sup> indicare altresì l'esatto indirizzo dell'Ente utilizzando la parte finale del presente Allegato

11) **Servizio di Attività Territoriali Programmate.** (0,10 punti per mese corrispondente a 52 ore di attività)

- |                          |                          |   |   |
|--------------------------|--------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anno _____ Mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anno _____ Mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anno _____ Mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anno _____ Mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anno _____ Mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ | 1 |

12) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione nella **Emergenza Sanitaria Territoriale.** (0,20 punti per mese di attività)

- |                          |                          |   |   |
|--------------------------|--------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ | 1 |

13) **Attività programmata nei servizi territoriali di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale in forma di reperibilità** ai sensi del presente accordo. (0,05 punti per mese ragguagliato 96 ore di attività)

- |                          |                          |   |   |
|--------------------------|--------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ | 1 |

<sup>1</sup> indicare altresì l'esatto indirizzo dell'Ente utilizzando la parte finale del presente Allegato

		14) Attività medica nei servizi di <b>assistenza stagionale nelle località turistiche</b> organizzati dalle Regioni o dalle Aziende. (0,20 punti per mese di attività)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ <sup>1</sup>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ <sup>1</sup>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ <sup>1</sup>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ <sup>1</sup>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ <sup>1</sup>
		15) <b>Servizio militare di leva</b> o sostitutivo nel servizio civile, svolto <b>dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina</b> , anche in qualità di ufficiale medico di complemento. (0,10 punti per mese per un massimo di 12 mesi)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ <sup>1</sup>
		16) <b>Servizio militare di leva</b> o sostitutivo nel servizio civile, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina, anche in qualità di ufficiale medico di complemento, ed <b>in concomitanza di incarico</b> , anche provvisorio, <b>di medicina generale</b> (D.P.R. n. 270/2000) limitatamente al periodo di concomitanza. (0,20 punti per mese)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ <sup>1</sup>
		17) <b>Servizio civile volontario</b> per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto <b>dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina</b> . (0,10 punti per mese di attività per un massimo di 12 mesi)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ <sup>1</sup>
		18) <b>Servizio civile volontario</b> per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto <b>in concomitanza di incarico</b> ai sensi del presente Accordo. (0,20 punti per mese per un massimo di 12 mesi)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ <sup>1</sup>
		19) Attività di <b>medico pediatra di libera scelta</b> , anche in forma di sostituzione, se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi. (0,10 punti per mese di attività)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; ASL _____ <sup>1</sup> ped. sost. _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; ASL _____ <sup>1</sup> ped. sost. _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; ASL _____ <sup>1</sup> ped. sost. _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; ASL _____ <sup>1</sup> ped. sost. _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; ASL _____ <sup>1</sup> ped. sost. _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; ASL _____ <sup>1</sup> ped. sost. _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; ASL _____ <sup>1</sup> ped. sost. _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; ASL _____ <sup>1</sup> ped. sost. _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ; ASL _____ <sup>1</sup> ped. sost. _____
		20) Attività come <b>medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna</b> , e <del>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.</del> (0,05 punti per mese di attività)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ <sup>1</sup>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ <sup>1</sup>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ <sup>1</sup>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ <sup>1</sup>
		<sup>1</sup> indicare altresì l'esatto indirizzo dell'Ente utilizzando la parte finale del presente Allegato



Recapiti degli Enti più sopra indicati:

Ente/ASL \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_ note \_\_\_\_\_

Ente/ASL \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_ note \_\_\_\_\_

Ente/ASL \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_ note \_\_\_\_\_

Ente/ASL \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_ note \_\_\_\_\_

Ente/ASL \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_ note \_\_\_\_\_

Ente/ASL \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_ note \_\_\_\_\_

Ente/ASL \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_ note \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma per esteso e leggibile (1)

\*\*\*\*\*

**NOTA (1):**

- La **firma** non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto.
- **Nel caso in cui la domanda di iscrizione alla graduatoria regionale venga spedita a mezzo raccomandata A.R. /PEC alla presente dichiarazione dovrà essere allegata copia fotostatica del documento di identità del medico interessato.**
- La mancanza di sottoscrizione comporta la nullità della dichiarazione sostitutiva.

\*\*\*\*\*

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ**

(ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e successive modifiche ed integrazioni)

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa \_\_\_\_\_,  
 nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_,  
 in riferimento alla domanda di iscrizione alla graduatoria unica regionale del Veneto per la  
 medicina generale dell'anno **2019**,

**D I C H I A R A**

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste, in caso di  
 dichiarazioni non veritiere, dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 recante il "Testo  
 unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione  
 amministrativa", **che le ALLEGATE FOTOCOPIE DELLE CERTIFICAZIONI RILASCIATE DA  
SOGGETTI/ENTI PRIVATI O ESTERI dei titoli di servizio svolto, sotto elencate, sono  
 conformi agli originali in proprio possesso:**

- Fotocopia del certificato Ente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ prot./rif. \_\_\_\_\_
- Fotocopia del certificato Ente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ prot./rif. \_\_\_\_\_
- Fotocopia del certificato Ente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ prot./rif. \_\_\_\_\_
- Fotocopia del certificato Ente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ prot./rif. \_\_\_\_\_
- Fotocopia del certificato Ente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ prot./rif. \_\_\_\_\_
- Fotocopia del certificato Ente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ prot./rif. \_\_\_\_\_
- Fotocopia del certificato Ente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ prot./rif. \_\_\_\_\_
- Fotocopia del certificato Ente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ prot./rif. \_\_\_\_\_
- Fotocopia del certificato Ente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ prot./rif. \_\_\_\_\_
- Fotocopia del certificato Ente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ prot./rif. \_\_\_\_\_
- Fotocopia del certificato Ente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ prot./rif. \_\_\_\_\_
- Fotocopia del certificato Ente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ prot./rif. \_\_\_\_\_
- Fotocopia del certificato Ente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ prot./rif. \_\_\_\_\_
- Fotocopia del certificato Ente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ prot./rif. \_\_\_\_\_
- Fotocopia del certificato Ente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ prot./rif. \_\_\_\_\_
- Fotocopia del certificato Ente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_ prot./rif. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma per esteso e leggibile (1)**

**NOTA (1):**

- La **firma** non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto.
- **Nel caso in cui la domanda di iscrizione alla graduatoria regionale venga spedita a mezzo raccomandata A.R. /PEC alla presente dichiarazione dovrà essere allegata copia fotostatica del documento di identità del medico interessato.**
- La mancanza di sottoscrizione comporta la nullità della dichiarazione sostitutiva.

**Da compilare, firmare e trasmettere obbligatoriamente  
solo in caso di trasmissione a mezzo PEC (Posta Elettronica Certificata)  
attenendosi alle indicazioni riportate in calce**

**DICHIARAZIONE**

*(ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e successive modifiche ed integrazioni)*

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa \_\_\_\_\_,  
nato a \_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_,  
indirizzo pec: \_\_\_\_\_ (intestata al  
medico che presenta la domanda), in riferimento alla domanda di iscrizione alla graduatoria unica  
regionale del Veneto per la medicina generale dell'anno **2019**,

**D I C H I A R A**

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste, in caso di  
dichiarazioni non veritiere,

1. di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di euro 16,00 tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo sul cartaceo della presente domanda trattenuto presso il/la sottoscritto/a; a tal proposito dichiara inoltre che la marca da bollo di euro 16,00 applicata è la seguente:
  - a. data e ora di emissione: \_\_\_\_\_
  - b. IDENTIFICATIVO n. \_\_\_\_\_
2. di conservare l'originale della domanda di cui sopra per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione;

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma per esteso e leggibile (1)**

**INDICAZIONI PER LA CORRETTA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA TRAMITE PEC:**

- 1) scaricare e stampare la modulistica;
- 2) compilare la domanda in tutte le parti che interessano, apporre data e firma ove indicato;
- 3) applicare la marca da bollo e annullarla firmandola e/o datandola (ai sensi dell'art. 12 del DPR n. 642/1972 e s.m.i., si precisa infatti che l'annullamento della marca deve avvenire "mediante perforazione o apposizione della sottoscrizione di una delle parti o della data o di un timbro parte su ciascuna marca, e parte sul foglio. Per l'annullamento deve essere usato inchiostro o matita copiativa. (...) E' vietato usare marche deteriorate o usate in precedenza");
- 4) eseguire una scansione di tutte le pagine da inviare e salvarle solo ed esclusivamente in formato pdf **come unico file** nominandolo come segue: cognome-nome-mm-g-2019.pdf (es. rossi-mario-mm-g-2019.pdf);
- 5) inviare il file di cui al punto precedente esclusivamente tramite indirizzo PEC nominativa personale del medico che presenta la domanda all'indirizzo: protocollo.aulss9@pecveneto.it; l'oggetto del messaggio pec dev'essere lo stesso del file di cui al precedente punto 4.

**NOTA (1):**

- La **firma** non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto.
- **Nel caso in cui la domanda di iscrizione alla graduatoria regionale venga spedita a mezzo raccomandata A.R. /PEC alla presente dichiarazione dovrà essere allegata copia fotostatica del documento di identità del medico interessato.**
- La mancanza di sottoscrizione comporta la nullità della dichiarazione sostitutiva.