

**Allegato A.**

**DOMANDA DI PRIMO INSERIMENTO NELLE GRADUATORIE  
REGIONALI DELLA MEDICINA GENERALE**

RACCOMANDATA

All'Assessore alla Sanità  
Regione \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_,

**FA DOMANDA**

di inserimento, 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, nella graduatoria regionale per la medicina generale, a valere per l'anno \_\_\_\_, relativa all'attività nel settore di:

- a) Assistenza Primaria;
- b) Continuità Assistenziale;
- c) Emergenza Sanitaria Territoriale, ove presente;
- d) Medicina dei servizi territoriali, ove presente.

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) 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 \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

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

**AVVERTENZE IMPORTANTI**

L'attestazione dell'Ordine dei Medici deve avere la data di rilascio non antecedente a 6 mesi dalla data di presentazione della domanda. La mancata presentazione di questo documento o la sua incompletezza comporta l'esclusione dalla graduatoria.

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

VALUTAZIONE TITOLI ED ATTIVITÀ SVOLTA

	PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO	
<i>I Titoli accademici o di studio</i>		
Diploma di laurea conseguito con voti da 100 a 104 o da 90 a 94 (punti 0,30) - voto _____/110 (Punti 0.30) - voto _____/100 conseguito con voto 110/110 e lode o 100/100 e lode:  p. 1,00 b) diploma di laurea conseguito con voti da 105/110 a 109/110 o da 95/100 a 99/100:  p. 0,50	= punti	
Diploma di laurea conseguito con voti da 105 a 109 o da 95 a 99 (punti 0,50) - voto _____/110 (punti 0,50) - voto _____/110	= punti	
Diploma di laurea conseguito con voti 110/110 e lode (punti 1,00) - voto _____/110	= punti	
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 = punti	
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 = punti	
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 di cui 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 _____	Totale Mesi X 0,20.	

	PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO	
dal _____ al _____ dal _____ al _____	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 _____	Totale Mesi X 0,20.  p. _____	p. _____
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 _____	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 _____	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 _____	(*)  Totale Mesi X 0,10.  p. _____	
Attività programmata nei servizi territoriali di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale in forma di reperibilità ai sensi 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. _____	

	PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO	
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. _____	
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	(*)	

		PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO	
attività:		Totale Mesi X 0,20.	
dal _____ al _____			
dal _____ al _____			
dal _____ al _____		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		(*) Totale Mesi X 0,20.	
dal _____ al _____			
dal _____ al _____			
dal _____ al _____		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.

**DOMANDA ANNUALE DI INTEGRAZIONE TITOLI PER LE GRADUATORIE  
REGIONALI DI SETTORE DELLA MEDICINA GENERALE**

RACCOMANDATA

All'Assessorato alla Sanità  
Regione \_\_\_\_\_

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, l'aggiornamento del punteggio relativo ai propri titoli nella graduatoria regionale di medicina generale, a valere per l'anno \_\_\_\_, relativamente all'attività nel settore di:

- a) Assistenza Primaria;
- b) Continuità Assistenziale;
- c) Emergenza Sanitaria Territoriale, ove presenti;
- d) Medicina dei servizi territoriale, ove presenti

A tal fine acclude alla presente la seguente documentazione:

Autocertificazione di iscrizione all'ordine dei Medici della provincia di \_\_\_\_\_ .

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 (solo se variata rispetto alla precedente domanda):

c/o \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_  
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 della attribuzione del relativo punteggio, la documentazione allegata deve essere tale da poterne consentire la valutazione e non si terrà conto di quella dalla 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 _____ 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 _____	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 _____	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 _____	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 _____	(*)  Totale Mesi X 0,10.	p. _____
Attività programmata nei servizi territoriali di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale in forma di reperibilità ai sensi 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.

**SCHEDA DI ACCESSO IN OSPEDALE**

Caro collega,

invio in ospedale .l. paziente signor .....

1) Motivo del ricovero .....

2) Accertamenti eventualmente effettuati e terapia praticata in atto

.....

3) Dati estratti dalla scheda sanitaria

.....

Sono disponibile, previo contatto telefonico, ad ulteriori consultazioni durante il periodo di ricovero.

Ti segnalo l'opportunità che al termine del ricovero mi sia cortesemente inviata una esauriente relazione clinica.

....., Li .....

Dott. \_\_\_\_\_

Recapito telefonico: \_\_\_\_\_

Mod. OPM1  
INPS  
CERTIFICATO DI DIAGNOSI PER INDENNITÀ DI MALATTIA  
(art. 2 D.L. 663/1979 e art. 15 L. 155/1981)  
Da recapitare o trasmettere con raccomandata A.R. a cura del lavoratore all'INPS competente per residenza del lavoratore stesso, entro due giorni dal rilascio.

PER L'INPS SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

N. \_\_\_\_\_

**RISERVATO AL MEDICO**

COGNOME E NOME DEL LAVORATORE (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE)

PROGNOSI CLINICA A TUTTO IL GIORNO MESE ANNO  
DICHARA DI ESSERE AMMALATO DAL GIORNO MESE ANNO TURNO

DATA RILASCIO CERTIFICATO GIORNO MESE ANNO INIZIO CONTINUAZIONE RICADUTA COD. NOSOLOGICO

TIEMPO E FIRMA DEL MEDICO

**RISERVATO ALL'INPS**

CONTROLLO AMBULATORIALE CONTROLLO DOMICILIARE DATA  
RESPONSABILITÀ TERZI INFORTUNIO MAL. PROF. T.B.C. ANOMALIA IL MEDICO

**RISERVATO AL LAVORATORE**

REPERIBILITÀ DURANTE LA MALATTIA  
(DATI DA INDICARE SOLO SE DIVERSI DA QUELLI DI RESIDENZA RIPORTATI SUL RETRO)

INDIRIZZO (VIA, PIAZZA, NUMERO, CAP) N. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ SESSO MoF \_\_\_\_\_  
COGNOME (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE) NOME  
DATA NASCITA GIORNO MESE ANNO COMUNE NASCITA O STATO ESTERO PROV. \_\_\_\_\_

Segue sul retro

Mod. OPM1 - c. 20.000.000 - luglio 2000  
ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - ROMA

Mod. OPM2  
INPS  
ATTESTATO DI MALATTIA  
(art. 2 D.L. 663/1979 e art. 15 L. 155/1981)  
Da recapitare o trasmettere con raccomandata A.R. a cura del lavoratore al datore di lavoro, entro due giorni dal rilascio.

PER IL DATORE DI LAVORO SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

N. \_\_\_\_\_

**RISERVATO AL MEDICO**

COGNOME E NOME DEL LAVORATORE (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE)

PROGNOSI CLINICA A TUTTO IL GIORNO MESE ANNO  
DICHARA DI ESSERE AMMALATO DAL GIORNO MESE ANNO TURNO

DATA RILASCIO CERTIFICATO GIORNO MESE ANNO INIZIO CONTINUAZIONE RICADUTA

FIRMA DEL MEDICO

**RISERVATO AL DATORE DI LAVORO**

DATA DI SPEDIZIONE O PRESENTAZIONE DEL CERTIFICATO

**RISERVATO AL LAVORATORE**

REPERIBILITÀ DURANTE LA MALATTIA  
(DATI DA INDICARE SOLO SE DIVERSI DA QUELLI DI RESIDENZA)

INDIRIZZO (VIA, PIAZZA, NUMERO, CAP) N. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ SESSO MoF \_\_\_\_\_  
COGNOME (PER LE DONNE INDICARE IL COGNOME DA NUBILE) NOME  
DATA NASCITA GIORNO MESE ANNO COMUNE NASCITA O STATO ESTERO PROV. \_\_\_\_\_

Mod. OPM2 - c. 20.000.000 - luglio 2000  
ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - ROMA

**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

---

**ALLEGATO M**

REGIONE _____	PROVINCIA _____	AZIENDA _____	SEDE _____
MEDICO _____		DATA _____	ORA D'INTERVENTO _____
TIPO INTERVENTO    Ambulatoriale <input type="checkbox"/> Domiciliare <input type="checkbox"/> Intervento in esterno <input type="checkbox"/>			
LOCALITA': _____			

**RELAZIONE MEDICA**

**MOTIVI E CIRCOSTANZE**

---



---



---

**CONDIZIONI CLINICHE ALL'ARRIVO DEL MEDICO**

P.A. _____	F.C. _____	F.R. _____	T.C. _____	HGT _____
Cute:            Normale <input type="checkbox"/>	Pallida <input type="checkbox"/>	Iterica <input type="checkbox"/>	Cianotica <input type="checkbox"/>	Altro _____
Stato nutrizione ed idratazione _____		Diuresi: _____		Alvo _____

<b>SISTEMA NERVOSO</b>	
Indenne	<input type="checkbox"/>
Coscienza obnubilata	<input type="checkbox"/>
Perdita di coscienza	<input type="checkbox"/>
Stato di agitazione	<input type="checkbox"/>
Convulsioni	<input type="checkbox"/>
Romberg	<input type="checkbox"/>
Rigor nuchalis	<input type="checkbox"/>
Deficit motorio	<input type="checkbox"/>
Deficit sensitivo	<input type="checkbox"/>
Deviazione dello sguardo	<input type="checkbox"/>

<b>PUPILLE</b>	<b>Dx</b>	<b>Sx</b>
Normali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Midriasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
R. fotomotori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nistagmo		<input type="checkbox"/>
<b>APP. RESPIRATORIO</b>		
Indenne	<input type="checkbox"/>	
Rumori	<input type="checkbox"/>	
Rumori secchi	<input type="checkbox"/>	
Enfisema sottocutaneo	<input type="checkbox"/>	

<b>APP. CARDIOCIRCOLATORIO</b>		
Normale		<input type="checkbox"/>
Aritmia		<input type="checkbox"/>
Cianosi		<input type="checkbox"/>
Edemi		<input type="checkbox"/>
<b>ADDOME</b>		
Murphy		<input type="checkbox"/>
Blumberg		<input type="checkbox"/>
Rovsing		<input type="checkbox"/>
Giordano	Dx	Sx
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ascite		<input type="checkbox"/>

**ALTRO**

---



---

**TERAPIA**

---



---

**ESITO INTERVENTO**

Paziente: Rinvitato/Mantenuto al domicilio <input type="checkbox"/>	Disposto ricovero <input type="checkbox"/>	Trasporto: Mezzo proprio <input type="checkbox"/>	118 <input type="checkbox"/>
L'INTERVENTO NON PRESENTAVA CARATTERE DI PRESTAZIONE NON DIFFERIBILE <input type="checkbox"/>			

**GENERALITA' ASSISTITO**

SESSO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	ETA' _____	CODICE FISCALE _____
COGNOME E NOME _____		
RESIDENZA: Via _____	Città _____	Provincia _____

FIRMA DELL' UTENTE

FIRMA DEL MEDICO

**MODULO RIEPILOGATIVO DELLE PRESTAZIONI AGGIUNTIVE  
SINGOLE O MULTIPLE SOGGETTE AD AUTORIZZAZIONE**

REGIONE \_\_\_\_\_ Azienda n. \_\_\_\_\_ Dott. \_\_\_\_\_

Prestazioni autorizzate dalla Azienda ed eseguite in favore dell'assistito:

Sig. \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ Cod. Reg. \_\_\_\_\_

Tipo di prestazione effettuata: \_\_\_\_\_

<b>n. progr.</b>	<b>Data di esecuzione</b>	<b>Firma dell'assistito</b>
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

Data \_\_\_\_\_

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE  
ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA  
PRIMARIA  
(PER GRADUATORIA)**

RACCOMANDATA

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_ il \_\_\_\_\_ M \_\_\_ F \_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
a far data dal \_\_\_\_\_ Azienda U.S.L. di residenza \_\_\_\_\_  
e residente nel territorio della Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_  
inserito nella graduatoria regionale di settore di cui all'articolo 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale, laureato dal \_\_\_\_\_, con voto \_\_\_\_\_,

All'Assessorato alla Sanità della Regione \_\_\_\_\_

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'articolo 34, comma 2, lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'articolo 16, commi 7 e 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale, di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato (*barrare una sola casella; in caso di barratura di entrambe le caselle o mancata indicazione della riserva prescelta, la domanda non potrà essere valutata*):

- a) riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 o 277/2003 (articolo 16, comma 7, lettera a.)
- b) riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (articolo 16, comma 7, lettera b.)

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

c/o \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

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

Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.

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

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE  
ALLA ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITÀ  
ASSISTENZIALE  
(PER GRADUATORIA)**

RACCOMANDATA

All'Assessorato alla Sanità della  
Regione \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_ il \_\_\_\_\_ M \_\_\_ F \_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
A far data dal \_\_\_\_\_ Azienda U.S.L. di residenza  
\_\_\_\_\_ e residente nel territorio della Regione \_\_\_\_\_ dal  
\_\_\_\_\_

inserito nella graduatoria regionale di settore di cui all'articolo 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale, laureato dal \_\_\_\_\_, con voto \_\_\_\_\_,

**FA DOMANDA**

secondo quanto previsto dall'articolo 63, comma 2, lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, e segnatamente per i seguenti incarichi:

Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	

Chiede a tal fine, in osservanza di quanto previsto dall'articolo 16, comma 7 e comma 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale, di poter accedere alla riserva di assegnazione, come appresso indicato (*barrare una sola casella; in caso di barratura di entrambe le caselle o mancata indicazione della riserva prescelta, la domanda non potrà essere valutata*):

- riserva per i medici in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale di cui al D.L.vo n. 256/91 o 277/2003 (articolo 16, comma 7, lettera a.)
- riserva per i medici in possesso del titolo equipollente (articolo 16, comma 7, lettera b).

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

c/o \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.

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

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE  
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE  
(PER GRADUATORIA)**

RACCOMANDATA

All'Assessorato alla Sanità della  
Regione \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_ il \_\_\_\_\_ M \_\_\_ F \_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

A far data dal \_\_\_\_\_ Azienda U.S.L. di residenza \_\_\_\_\_

e residente nel territorio della Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

inserito nella graduatoria regionale di settore di cui all'articolo 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale, laureato dal \_\_\_\_\_, con voto \_\_\_\_\_,

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'articolo 92, comma 5, lettera b) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, e segnatamente per i seguenti incarichi:

Presidio		ASL		Presidio		ASL	
Presidio		ASL		Presidio		ASL	
Presidio		ASL		Presidio		ASL	
Presidio		ASL		Presidio		ASL	
Presidio		ASL		Presidio		ASL	
Presidio		ASL		Presidio		ASL	
Presidio		ASL		Presidio		ASL	

Il sottoscritto dichiara di essere titolare di Continuità Assistenziale presso l'Azienda \_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

c/o \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

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

Allega alla presente certificato storico di residenza o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva.

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

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE  
DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA  
(PER TRASFERIMENTO)**

RACCOMANDATA

All'Assessorato alla Sanità della  
Regione \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_ il \_\_\_\_\_ M \_\_\_ F \_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
A far data dal \_\_\_\_\_ e residente nel territorio della Regione \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_, titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza primaria presso la  
Azienda Sanitaria Locale n. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, per l'ambito  
territoriale di \_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_, dal  
\_\_\_\_\_ e con anzianità complessiva di assistenza primaria pari a mesi \_\_\_\_\_,

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

secondo quanto previsto dall'articolo 34, comma 2, lettera a) dell'Accordo collettivo nazionale  
per la medicina generale, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti per l'assistenza  
primaria pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
del \_\_\_\_\_, e segnatamente per i seguenti ambiti:

Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	
Ambito		ASL		Ambito		ASL	

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a  
comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'articolo 34,  
comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale e l'anzianità  
complessiva di incarico in assistenza primaria:  
allegati n. \_\_\_ (\_\_\_\_\_) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

c/o \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

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

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

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE  
DEGLI INCARICHI VACANTI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE  
(PER TRASFERIMENTO)**

RACCOMANDATA

All'Assessorato alla Sanità della  
Regione \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_ il \_\_\_\_\_ M \_\_\_ F \_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
A far data dal \_\_\_\_\_ Azienda U.S.L. di residenza \_\_\_\_\_  
e residente nel territorio della Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_  
titolare di incarico a tempo indeterminato per la Continuità Assistenziale presso la Azienda  
n. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_ e  
con anzianità complessiva di Continuità Assistenziale pari a mesi \_\_\_\_\_,

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

secondo quanto previsto dall'articolo 63, comma 2, lettera a) dell'Accordo collettivo nazionale  
per la medicina generale di assegnazione degli incarichi vacanti per la continuità  
assistenziale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
del \_\_\_\_\_, e segnatamente per i seguenti incarichi:

Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	
Inc. n		Ambito		ASL		Inc. n		Ambito		ASL	

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a  
comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'articolo 49,  
comma 2, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale e l'anzianità  
complessiva di incarico in Continuità Assistenziale:  
allegati n. \_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

c/o \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

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

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE  
DEGLI INCARICHI VACANTI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE  
(PER TRASFERIMENTO)**

RACCOMANDATA

All'Azienda USL \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_ il \_\_\_\_\_ M \_\_\_ F \_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
A far data dal \_\_\_\_\_ Azienda U.S.L. di residenza \_\_\_\_\_  
e residente nel territorio della Regione \_\_\_\_\_ dal  
\_\_\_\_\_ titolare di incarico a tempo indeterminato per la emergenza sanitaria  
territoriale presso la Azienda n. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ della Regione  
\_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_ e con anzianità complessiva di emergenza sanitaria  
territoriale pari a mesi \_\_\_\_\_,

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

secondo quanto previsto dall'articolo 92, comma 5, lettera a) dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale, di assegnazione degli incarichi vacanti di emergenza sanitaria territoriale pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, e segnatamente per i seguenti incarichi:

ASL		Presidio		ASL		Presidio	
ASL		Presidio		ASL		Presidio	
ASL		Presidio		ASL		Presidio	
ASL		Presidio		ASL		Presidio	
ASL		Presidio		ASL		Presidio	
ASL		Presidio		ASL		Presidio	
ASL		Presidio		ASL		Presidio	

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'articolo 63, comma 4, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale e l'anzianità complessiva di incarico in emergenza sanitaria territoriale:  
allegati n. \_\_\_ (\_\_\_\_\_) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

c/o \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

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

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

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE  
DEGLI INCARICHI VACANTI DI MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI  
(PER TRASFERIMENTO)**

RACCOMANDATA

All'Azienda USL \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_ il \_\_\_\_\_ M \_\_\_ F \_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
A far data dal \_\_\_\_\_ Azienda U.S.L. di residenza \_\_\_\_\_  
e residente nel territorio della Regione \_\_\_\_\_ dal  
\_\_\_\_\_ titolare di incarico a tempo indeterminato per la medicina dei servizi presso  
la Azienda n. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, della Regione \_\_\_\_\_, dal  
\_\_\_\_\_ e con anzianità complessiva di medicina dei servizi pari a mesi \_\_\_\_\_,

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

secondo quanto previsto dall'articolo 79 dell'Accordo collettivo nazionale per la medicina generale, per l'assegnazione degli incarichi vacanti di medicina dei servizi pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, e segnatamente per i seguenti incarichi:

ASL		Presidio		ASL		Presidio	
ASL		Presidio		ASL		Presidio	
ASL		Presidio		ASL		Presidio	
ASL		Presidio		ASL		Presidio	
ASL		Presidio		ASL		Presidio	
ASL		Presidio		ASL		Presidio	
ASL		Presidio		ASL		Presidio	

Allega alla presente la documentazione o autocertificazione e dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il diritto a concorrere all'assegnazione dell'incarico ai sensi dell'articolo 79 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina generale e l'anzianità complessiva di servizio in medicina dei servizi:  
allegati n. \_\_\_ (\_\_\_\_\_) documenti.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

c/o \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

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

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

