

dal.....al.....medico**.....A.S.L.....

dal.....al.....medico**.....A.S.L.....

4. Stessa attività di cui al punto precedente dovuta ad attività sindacale del titolare e sostituzioni d'ufficio, anche se di durata inferiore a 5 giorni continuativi: (p.0,20 per mese) *

dal.....al.....medico**.....A.S.L.....

dal.....al.....medico**.....A.S.L.....

dal.....al.....medico**.....A.S.L.....

dal.....al.....medico**.....A.S.L.....

5. Stessa attività di cui al punto precedente effettuata su base oraria: (p.0,20 per mese ragguagliato a 96 ore di attività)*

dal.....al.....ore.....medico**.....A.S.L.....

dal.....al.....ore.....medico**.....A.S.L.....

dal.....al.....ore.....medico**.....A.S.L.....

dal.....al.....ore.....medico**.....A.S.L.....

6. Servizio effettivo di medico di continuità assistenziale medico di assistenza penitenziaria/servizio effettivo in convenzionamento svolto presso gli Istituti penitenziari a tempo indeterminato , determinato , provvisorio o di sostituzione : (barrare l'opzione e indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio)

(p.0,20 per mese ragguagliato a 96 ore di attività) *

Anno..... A.S.L..... **di _____

Gennaio dal al ore Luglio dal al ore

Febbraio dal al ore Agosto dal al ore

Marzo dal al ore Settembre dal al ore

Aprile dal al ore Ottobre dal al ore

Maggio dal al ore Novembre dal al ore

Giugno dal al ore Dicembre dal al ore

Totale ore _____

Anno..... A.S.L..... **di _____

Gennaio dal al ore Luglio dal al ore

Febbraio dal al ore Agosto dal al ore

Marzo dal al ore Settembre dal al ore

Aprile dal al ore Ottobre dal al ore

Maggio dal al ore Novembre dal al ore

Giugno dal al ore Dicembre dal al ore

Totale ore _____

7. Servizio effettivo nella emergenza sanitaria territoriale, con incarico a tempo indeterminato determinato provvisorio o di sostituzione : (p.0,20 per mese di attività)*

dal.....al.....A.S.L.**.....

dal.....al.....A.S.L.**.....

dal.....al.....A.S.L.**.....

dal.....al.....A.S.L.**.....

dal.....al.....A.S.L.**.....

8. Servizio effettivo nella medicina dei servizi territoriali con incarico a tempo indeterminato o di sostituzione :

(barrare l'opzione e indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio)

(p.0,20 per mese ragguagliato a 96 ore di attività) *

Anno..... A.S.L **di _____

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

Totale ore _____

9. Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari sia a tempo indeterminato che di sostituzione per conto del Ministero di Giustizia, ai sensi della Legge 9 ottobre 1970 n. 740: (p. 0,20 per mese di attività)*

dal ___/___/___ al ___/___/___ Istituto _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Istituto _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Istituto _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Istituto _____

10. Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate: (p.0,10 per mese ragguagliato a 52 ore di attività)*

Anno..... A.S.L ** di

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

Totale ore _____

Anno..... A.S.L ** di

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

Totale ore _____

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

(p. 0,20 per mese di attività) *

ASL **di..... dal al.....
ASL **di..... dal al.....
ASL **di..... dal al.....
ASL **di..... dal al.....

12. Turni di reperibilità programmata nei servizi territoriali di continuità assistenziale di emergenza sanitaria territoriale , ai sensi dell'ACN (barrare l'opzione e indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio):

(p.0,05 per mese ragguagliato a 96 ore di attività) *

Anno..... A.S.L **di Servizio di: _____

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

Totale ore _____

Anno..... **A.S.L.******di** **Servizio di:**_____

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

Totale ore _____

13. Attività, anche in forma di sostituzione, di medico pediatra di libera scelta, se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 gg. continuativi: (p. 0,10 per mese di attività)*

dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
 dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
 dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
 dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
 dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
 dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
 dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
 dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
 dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
 dal.....al.....medico**.....A.S.L.....
 dal.....al.....medico**.....A.S.L.....

14. Attività di medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna , medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici , medico generico fiduciario , medico di ambulatorio convenzionato per il servizio di assistenza ai naviganti : *(barrare l'opzione)*

*(p. 0,05 per mese di attività) **

Ente **..... di dal al
 Ente** di..... dal al
 Ente** di dal al
 A.S.L.**..... di dal al
 A.S.L.** di dal al

15. Servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) anche in qualità di Ufficiale Medico di complemento e per un massimo di 12 mesi, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia: (p.0,10 per mese) *

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

16. Servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) anche in qualità di **Ufficiale Medico di complemento**, svolto in concomitanza di incarico convenzionale conferito da Azienda sanitaria nell'area della medicina generale, e solo per il periodo concomitante con tale incarico: (p.0,20 per mese)

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

17. Servizio civile volontario espletato per finalità o scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della Legge 6 marzo 2001 n. 64 istitutiva del "Servizio civile nazionale", svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia: (massimo 12 mesi - p. 0,10 per mese di attività,)

dal.....alServizio.....svolto presso **

dal.....alServizio.....svolto presso **

18. Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della Legge 6 marzo 2001 n. 64 istitutiva del "Servizio civile nazionale", svolto in concomitanza di incarico convenzionale conferito da Azienda Sanitaria nell'area della medicina generale e solo per il periodo concomitante con tale incarico:

(p.0,20 per mese)

dal.....alServizio.....svolto presso **

dal.....alServizio.....svolto presso **

19. Attività di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo o medico di Polizia di Stato (barrare l'opzione) (p. 0,20 per mese di attività)*

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

20. Servizio prestato presso aziende termali private accreditate (con le modalità di cui all'art. 8 legge 24 ottobre 2000 n. 323), equiparato all'attività di continuità assistenziale, in qualità di dipendente a tempo pieno con rapporto di lavoro esclusivo e orario non inferiore a 35 ore settimanali: (indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio)

(p. 0,20 per mese di attività) *

Anno..... Stabilimento Termale** Comune di

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

Totale ore _____

Anno..... Stabilimento Termale** Comune di

| | |
|---------------------------------------|--|
| Gennaio dal al ore | Luglio dal al ore |
| Febbraio dal al ore | Agosto dal al ore |
| Marzo dal al ore | Settembre dal al ore |
| Aprile dal al ore | Ottobre dal al ore |
| Maggio dal al ore | Novembre dal al ore |

Giugno dal al ore Dicembre dal al ore

Totale ore _____

21. Servizio effettivo, svolto in paesi della Unione Europea, riconducibile all'attività di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale e di emergenza sanitaria territoriale; servizio prestato ai sensi della legge 11 agosto 2014, n. 125 ed assistenza sanitaria prestata da medici italiani ai sensi del D.M. 1° settembre 1988, n. 430: (p. 0,20 per mese di attività) *

Ente **..... Stato dal al
Ente **..... Stato dal al
Ente **..... Stato dal al
Ente **..... Stato dal al
Ente **..... Stato dal al

II/La sottoscritto/a dichiara di aver usufruito di astensione anticipata o di astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio nei seguenti periodi:

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso Azienda _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ presso Azienda _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ presso Azienda _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ presso Azienda _____

II/La sottoscritto/a dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Luogo e data _____ Firma per esteso (2) _____

(1) Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. 445/2000)

(2) Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento d'identità del dichiarante.

(*) - (**)

*per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare il prospetto

**inserire nello spazio il nominativo del medico sostituito e negli spazi sotto riportati i recapiti degli Enti indicati

Recapiti degli Enti/ASL/Istituti indicati nella presente domanda (per inserire ulteriori informazioni il medico può fotocopiare il presente prospetto)

Ai sensi della L. 12/11/2011, n. 183, recante modifiche al D.P.R. 445/2000 (T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa), le amministrazioni pubbliche sono tenute ad acquisire d'ufficio le informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive, previa indicazione, da parte dell'interessato, degli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti.

Ente/ASL /Istituto _____

Indirizzo _____

C.A.P. _____ Comune di _____ Prov. _____

Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Ente/ASL /Istituto _____

Indirizzo _____

C.A.P. _____ Comune di _____ Prov. _____

Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Ente/ASL /Istituto _____

Indirizzo _____

C.A.P. _____ Comune di _____ Prov. _____

Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Ente/ASL /Istituto _____

Indirizzo _____

C.A.P. _____ Comune di _____ Prov. _____

Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Ente/ASL /Istituto _____

Indirizzo _____

C.A.P. _____ Comune di _____ Prov. _____

Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Ente/ASL /Istituto _____

Indirizzo _____

C.A.P. _____ Comune di _____ Prov. _____

Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Ente/ASL /Istituto _____

Indirizzo _____

C.A.P. _____ Comune di _____ Prov. _____

Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Ente/ASL /Istituto _____

Indirizzo _____

C.A.P. _____ Comune di _____ Prov. _____

Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Luogo e data _____ **Firma per esteso (1)** _____

(1) Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento d'identità del dichiarante.