

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

(da compilare con idoneo strumento informatico ovvero con grafia chiara e leggibile, firmare e inviare via pec, unitamente a un documento d'identità in corso di validità, entro il termine perentorio indicato nell'avviso pubblico)

Al Ministero della salute
Direzione generale della prevenzione
Ufficio 1
dgprev@postacert.sanita.it

OGGETTO: Avviso pubblico per il conferimento di un incarico di medico generico fiduciario per l'assistenza sanitaria e medico-legale al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile per la località di _____

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

data di nascita _____ Comune di nascita _____ Prov. _____

C.F. _____

Residente in Via/P.zza _____ n. civico _____

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

E-mail _____ PEC _____

Telefono _____ Cellulare _____

in relazione alla procedura di selezione di cui all'avviso in oggetto

MANIFESTA

ai sensi del Decreto ministeriale 25 giugno 2013, n. 95 - *Regolamento recante: «Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti libero professionali tra il Ministero della salute ed i medici generici fiduciari incaricati dell'assistenza sanitaria e medico-legale al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile»*. (GU n.193 del 19-8-2013) - il proprio interesse e propone la propria candidatura per l'attribuzione di un incarico di medico generico fiduciario per la località di _____.

A tal fine, consapevole delle conseguenze civili e penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 «Testo Unico delle disposizioni legislative regolamentari in materia di documentazione

amministrativa» e successive modificazioni, e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del medesimo Testo Unico, in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti o uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA:

- ☐ di essere in possesso della cittadinanza italiana o equivalente;
- ☐ di godere dei diritti civili e politici;
- ☐ di non essere stato destinatario di provvedimenti di natura disciplinare comminati dall'Ordine. *Oppure, in caso affermativo:* _____;
- ☐ di non essere stato destinatario di misure disciplinari irrogate dal Ministero della salute nell'ambito di un rapporto convenzionale. *Oppure, in caso affermativo:* _____;
- ☐ di non essere cessato dall'incarico di medico fiduciario del Ministero della salute per una delle cause indicate dall'art. 8, comma 1, dalla lettera a) alla lettera g) del citato D.M. n. 95 del 25 giugno 2013, che qui si riportano:
a) per raggiungimento dei limiti di età previsti dall'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. per il personale medico del S.S.N;
b) per insorgenza di un motivo di incompatibilità, di cui all'articolo 3 del presente accordo;
c) per decadenza e revoca ai sensi del successivo articolo 9, comma 4, lettere e) ed f);
d) per condanna passata in giudicato per reato punito con la reclusione;
e) per cancellazione o radiazione dall'albo professionale;
f) per incapacità fisica sopravvenuta, accertata da apposita commissione costituita da un medico designato dal competente ufficio SASN, che la presiede, da un medico designato dall'interessato e da un medico designato dal presidente dell'ordine dei medici o suo delegato, della provincia di residenza del medico;
g) per recesso del medico, da comunicare al competente ufficio SASN con preavviso di almeno 30 giorni.
In caso affermativo, è necessario specificare la tipologia della causa di cessazione: _____;
- ☐ di non aver riportato condanne penali (ivi incluse le sentenze di applicazione della pena su richiesta delle parti ai sensi dell'art. 444 c.p.p.); non avere procedimenti penali pendenti in Italia e all'estero; non essere destinatario di provvedimenti che riguardino l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale. *In caso affermativo, occorre procedere all'indicazione specifica della fattispecie:* _____;
- ☐ di essere iscritto/a all'Albo professionale dei medici chirurghi presso l'Ordine provinciale/regionale di _____ dal _____;

- ☐ di essere stato abilitato/a all'esercizio della professione di medico chirurgo nella sessione _____ presso l'Università _____ di _____;
- ☐ di essere in regola con i crediti ECM previsti dalla legislazione vigente in relazione all'anno precedente;
- ☐ di possedere l'idoneità psicofisica all'esercizio delle funzioni inerenti all'incarico;
- ☐ di essere in possesso di conoscenze informatiche tali da garantire, dal momento dell'assunzione dell'incarico, il corretto uso di apparecchiature e programmi informatici;
- ☐ di avere la disponibilità, nella località in cui deve essere espletato l'incarico, di idoneo studio medico provvisto di sistema informatico collegato in rete e nello specifico:
 Località: _____ Via/Piazza _____
 _____ n. civico _____ C.A.P. _____ Provincia _____
 E-mail _____ PEC _____
 Telefono _____ Cellulare _____;

In ordine ai TITOLI ACCADEMICI e DI STUDIO, DICHIARA:

- ☐ di aver conseguito la laurea in medicina e chirurgia in data _____ presso l'Università _____ di _____ con voto _____
(a seconda del voto conseguito verrà attribuito un punteggio da 0,30 a 1 punto);
- ☐ di possedere la specializzazione in *(per ciascuna specializzazione verranno attribuiti 3 punti):*
O medicina del lavoro: conseguita il _____ presso l'Università _____
 _____ di _____ con voto _____;
O medicina legale: conseguita il _____ presso l'Università _____
 _____ di _____ con voto _____;
O medicina aeronautica e spaziale: conseguita il _____ presso l'Università _____
 _____ di _____ con voto _____;
- ☐ di possedere la specializzazione o la libera docenza in medicina interna o in discipline equipollenti, ai sensi delle vigenti disposizioni *(per ciascuna specializzazione verranno attribuiti 2 punti):*
O in _____ conseguita il _____
 presso l'Università _____ di _____ con voto _____;
O in _____ conseguita il _____
 presso l'Università _____ di _____ con voto _____;

- ☐ di possedere specializzazioni in discipline affini a quelle previste ai punti precedenti, ai sensi delle vigenti disposizioni (*per ciascuna specializzazione verrà attribuito 1 punto*):
- O in _____ conseguita il _____
presso l'Università _____ di _____ con voto _____;
- O in _____ conseguita il _____
presso l'Università _____ di _____ con voto _____;
- ☐ di possedere l'attestato di formazione in medicina generale di cui all'articolo 1, comma 2 e all'articolo 2, comma 2, del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 256 e diploma di formazione specifica in medicina generale, di cui al decreto legislativo 17 agosto 1999 n. 368, al decreto legislativo 8 luglio 2003, n. 277 e al decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 206 (*se posseduto verranno attribuiti 3 punti*): conseguito il _____
presso _____;

In ordine ai TITOLI DI SERVIZIO, DICHIARA:

(Si informa che in assenza di specifica indicazione delle date – giorno . mese . anno - e dei servizi espletati, o nel caso in cui gli stessi fossero indicati in maniera incomprensibile o eccessivamente generica, i titoli non saranno valutati ai fini del calcolo del punteggio. Per mese di attività si intende anche ogni frazione di mese superiore a 15 giorni continuativi. Qualora l'attività sia ancora in corso, indicare "in corso". In tal caso verrà presa in considerazione la data di sottoscrizione della domanda come data di fine servizio utile per i conteggi. L'inserimento dei servizi espletati nelle sezioni sbagliate comporterà la loro esclusione dal calcolo. Se necessario aggiungere ulteriori spazi.):

- ☐ di aver svolto attività di medico generico fiduciario, di medico generico fiduciario domiciliare o di medico generico presso un ambulatorio a diretta gestione dell'Ufficio SASN (*per ogni mese di attività verrà attribuito 0,50 p.*):
- presso _____
dal ____ . ____ . _____ al ____ . ____ . _____;
- presso _____
dal ____ . ____ . _____ al ____ . ____ . _____;
- presso _____
dal ____ . ____ . _____ al ____ . ____ . _____;
- ☐ di aver svolto attività di sostituzione del medico generico fiduciario, del medico generico fiduciario domiciliare o del medico generico presso un ambulatorio a diretta gestione dell'Ufficio SASN (*per ogni mese di attività verrà attribuito 0,40 p.*):
- presso _____
dal ____ . ____ . _____ al ____ . ____ . _____;
- presso _____
dal ____ . ____ . _____ al ____ . ____ . _____;
- presso _____
dal ____ . ____ . _____ al ____ . ____ . _____;

- ☐ di aver svolto attività di medico generico fiduciario di controllo o di medico specialista presso un ambulatorio a diretta gestione dell'ufficio SASN (*per ogni mese di attività verrà attribuito 0,30 p.*):

presso _____

dal ____ . ____ . ____ al ____ . ____ . ____;

presso _____

dal ____ . ____ . ____ al ____ . ____ . ____;

presso _____

dal ____ . ____ . ____ al ____ . ____ . ____;

- ☐ di aver svolto attività di servizio presso strutture sanitarie pubbliche (*per ogni mese di attività verrà attribuito 0,10 p.*):

presso _____

dal ____ . ____ . ____ al ____ . ____ . ____;

presso _____

dal ____ . ____ . ____ al ____ . ____ . ____;

presso _____

dal ____ . ____ . ____ al ____ . ____ . ____;

- ☐ di aver svolto attività di medicina generale a rapporto convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'ACN del 23/03/2005 e s.m.i. (*per ogni mese di attività verrà attribuito 0,10 p.*):

presso _____

dal ____ . ____ . ____ al ____ . ____ . ____;

presso _____

dal ____ . ____ . ____ al ____ . ____ . ____;

presso _____

dal ____ . ____ . ____ al ____ . ____ . ____;

- ☐ di aver svolto attività di servizio come medico di ruolo presso altre amministrazioni pubbliche (*per ogni mese di attività verrà attribuito 0,05 p.*):

presso _____

dal ____ . ____ . ____ al ____ . ____ . ____;

presso _____

dal ____ . ____ . ____ al ____ . ____ . ____;

presso _____

dal ____ . ____ . ____ al ____ . ____ . ____;

- ☐ di aver svolto il servizio militare di leva, in qualità di ufficiale medico di complemento, per un massimo di 12 mesi (*per ogni mese di attività verrà attribuito 0,05 p.*):

presso _____

dal ____ . ____ . ____ al ____ . ____ . ____;

presso _____

dal ____ . ____ . ____ al ____ . ____ . ____

Infine DICHIARA:

- ☐ di essere a conoscenza, ai sensi dell'art. 2, comma 5, del D.M. n. 95 del 25 giugno 2013, che al momento del perfezionamento del rapporto convenzionale il medico non deve trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità di cui all'art. 3 del medesimo D.M. che di seguito si riporta:

L'incarico di medico fiduciario non può essere conferito al medico che:

- a) si trovi in una qualsiasi posizione non compatibile per specifiche norme di legge;*
- b) abbia un rapporto di lavoro subordinato presso qualsiasi ente pubblico o privato con divieto di esercizio libero professionale;*
- c) eserciti altre attività o sia titolare o compartecipe di quote di imprese che possano configurarsi in conflitto di interessi con il rapporto convenzionale con il Ministero della salute;*
- d) sia proprietario o comproprietario, azionista, socio, gestore o direttore ovvero in rapporti di attività con compagnie armatoriali o aeree o comunque operanti nell'ambito dei porti o aeroporti;*
- e) svolga attività di medico ambulatoriale, specialista o generico, per conto del Ministero della Salute;*
- f) svolga attività specialistica in regime di convenzionamento esterno per conto del Ministero della salute o delle aziende U.S.L.;*
- g) operi a qualsiasi titolo nelle case di cura convenzionate con il Ministero della Salute o con le aziende U.S.L.;*
- h) sia iscritto al corso di formazione in medicina generale o ai corsi di specializzazione di cui ai decreti legislativi n. 256 e n. 257 del 1991, n. 368 del 1999, n. 277 del 2003 e n. 206 del 2007, fatto salvo quanto previsto dalle norme vigenti in materia.*

- ☐ che le informazioni riportate corrispondono al vero e che si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione che dovesse intervenire successivamente alla sottoscrizione della presente domanda di partecipazione, tale da modificare quanto sopra riportato;

- ☐ di consentire al trattamento dei dati personali per le finalità e con le modalità di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modifiche ed integrazioni prendendo atto dell'“**Informativa in materia di trattamento dei dati personali**” resa nell'avviso pubblico;

ALLEGA

alla presente domanda la copia fotostatica del documento di identità in corso di validità e chiede, infine, che ogni comunicazione relativa al presente avviso venga inviata al seguente indirizzo PEC la cui eventuale modifica sarà tempestivamente comunicata: _____

DATA _____

(ai fini della verifica del rispetto del termine per la presentazione della domanda farà fede la data e l'ora dell'invio della pec)

FIRMA _____