

Il presente allegato è da utilizzare nel caso in cui non vengano prodotti documenti originali o autenticati ai sensi di legge, per quanto riguarda gli stati, fatti e qualità personali.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI**

**AI SENSI DEL D.P.R. 28.12.2000, N. 445.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ consapevole della responsabilità penale per le false dichiarazioni, la falsità negli atti o  
l'uso di atti falsi

**DICHIARA**

ai sensi del Decreto del Presidente della Repubblica n. 445/2000,

a) di essere nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e  
residente a \_\_\_\_\_ invia \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) di essere residente in Regione Piemonte dal \_\_\_\_\_ nel Comune di  
\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

c) tel. \_\_\_\_\_

d) indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_;

e) di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito in data  
\_\_\_\_\_ con voto di laurea \_\_\_\_\_;

f) di avere acquisito l'abilitazione professionale in data \_\_\_\_\_;

g) di essere iscritto all' Albo dell' Ordine dei Medici  
di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_

h) di frequentare/non frequentare il corso di formazione specifica in medicina generale della  
Regione \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_;

i) di avere/non avere acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale in  
data \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_;

j) di essere/non essere iscritto nella graduatoria regionale valida per l'anno \_\_\_\_\_ con posizione \_\_\_\_\_ e punteggio \_\_\_\_\_;

k) di frequentare/non frequentare un corso di specializzazione in \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_;

l) avere/non avere conseguito titolo di idoneità all'esercizio delle attività di emergenza sanitaria territoriale del 118 rilasciato a seguito del relativo corso;

m) di prestare/aver prestato servizio come medico nell'Assistenza Primaria presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_ con n \_\_\_\_\_ di scelte alla data \_\_\_\_\_;

n) di prestare/aver prestato servizio come medico di continuità assistenziale con incarico a tempo determinato/indeterminato presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_ n. ore di attività \_\_\_\_\_;

o) di prestare/ aver prestato servizio come medico di emergenza sanitaria territoriale con incarico a tempo determinato/indeterminato presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_ n. di ore di attività \_\_\_\_\_;

p) di svolgere/aver svolto attività presso DEA/PS presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;

q) di appartenere ad una delle seguenti categorie (crocettare la categoria cui si appartiene):

A) medici di medicina generale, in possesso del titolo di formazione o titolo equipollente, già inseriti nella graduatoria regionale vigente della medicina generale, che non intrattengono altra forma di convenzione con il SSN;

B) medici di medicina generale, in possesso del titolo di formazione o titolo equipollente, non inseriti nella graduatoria regionale vigente della medicina generale, che non intrattengono altra forma di convenzione con il SSN;

C) medici di medicina generale che esercitano attività convenzionata con il SSN

-solo attività di Assistenza Primaria sino a 1200 scelte

-solo attività di C.A. fino a 24 ore settimanali

-solo attività di assistenza primaria sino a 350 scelte e attività di CA fino a 24 ore settimanali

D) medici di medicina generale che esercitano attività convenzionata con il SSN

-solo attività di Assistenza Primaria oltre le 1200 scelte

-solo attività di C.A. fino a 38 ore settimanali

-solo attività di Emergenza Sanitaria Territoriale fino a 38 ore settimanali

E) medici laureati in medicina e chirurgia, in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione e del titolo d'idoneità all'esercizio delle attività di emergenza Sanitaria Territoriale 118 rilasciato a seguito del relativo corso

F) medici laureati in medicina e chirurgia , in possesso dei requisiti di cui all'art. 2 dell'ACN

21/06/18 comma 6 lettera d

G) medici che frequentano i corsi di specializzazione

Allega copia fotostatica del proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

Data \_\_\_\_\_

Firma per esteso

\_\_\_\_\_

N.B.: Al fine di accelerare il procedimento, gli interessati sono invitati ad allegare alle predette dichiarazioni una copia fotostatica, ancorché non autenticata, dei certificati oggetto delle dichiarazioni.