REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDADE E DE S'ASSISTÈNTZIA SOTZIALE
ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

Utilizzare il presente schema

All. 3 determinazione n. 1254 del 23.11.2017
dichiarazione da allegare alla domanda di ammissione

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

(art. 47 DPR n. 445del 28/12/2000)

Titoli Di Servizio ed Attività Svolta

ESENTE DA BOLLO

In relazione alla domanda di ammissione in soprannumero al corso triennale di formazione specifica in medicina generale della Regione Sardegna relativo agli anni 2017/2020:

Il/la sottoscritto/a _____nato/a _____ il_____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000, **dichiaro di essere in possesso dei seguenti titoli di servizio:**

D I C H I A R A

DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI TITOLI DI SERVIZIO:

1. **incarico a tempo determinato o di sostituzione nella assistenza primaria**: nel caso di incarico di sostituzione (valutabile solo se svolta con rif. a più di 100 utenti e per periodi non inf. a 5 giorni) indicare anche il medico sostituito:
(punti 0,05 per mese di attività)

dal _____al _____ presso ASSL_____ medico _____
tel _____
dal _____al _____ presso ASSL_____ medico _____
tel _____
dal _____al _____ presso ASSL_____ medico _____
tel _____
dal _____al _____ presso ASSL_____ medico _____
tel _____
dal _____al _____ presso ASSL_____ medico _____
tel _____
dal _____al _____ presso ASSL_____ medico _____
tel _____
dal _____al _____ presso ASSL_____ medico _____
tel _____

FIRMA _____

segue

dal _____al _____ presso ASSL_____ medico _____

tel _____

dal _____al _____ presso ASSL_____ medico _____

tel _____

2. **incarico a tempo determinato o di sostituzione nella continuità assistenziale** : (punti 0,05 per mese di attività, ragguagliato a 96 h. di attività)

N.B. Occorre indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio

Anno:..... ASSL .....

Gennaio	dal_____	al_____	ore _____	Luglio dal_____	_al_____	ore _____
Febbraio	dal_____	al_____	ore _____	Agosto dal_____	al_____	ore _____
Marzo	dal_____	al_____	ore _____	Settem dal_____	al_____	ore _____
Aprile	dal_____	al_____	ore _____	Ottobre dal_____	al_____	ore _____
Maggio	dal_____	al_____	ore _____	Novem dal_____	al_____	ore _____
Giugno	dal_____	al_____	ore _____	Dicemb dal_____	al_____	ore _____

Anno: ..... ASSL: .....

Gennaio	dal_____	al_____	ore _____	Luglio dal_____	_al_____	ore _____
Febbraio	dal_____	al_____	ore _____	Agosto dal_____	al_____	ore _____
Marzo	dal_____	al_____	ore _____	Settem dal_____	al_____	ore _____
Aprile	dal_____	al_____	ore _____	Ottobre dal_____	al_____	ore _____
Maggio	dal_____	al_____	ore _____	Novem dal_____	al_____	ore _____
Giugno	dal_____	al_____	ore _____	Dicemb dal_____	al_____	ore _____

Anno:..... ASSL: .....

Gennaio	dal_____	al_____	ore _____	Luglio dal_____	_al_____	ore _____
Febbraio	dal_____	al_____	ore _____	Agosto dal_____	al_____	ore _____
Marzo	dal_____	al_____	ore _____	Settem dal_____	al_____	ore _____
Aprile	dal_____	al_____	ore _____	Ottobre dal_____	al_____	ore _____
Maggio	dal_____	al_____	ore _____	Novem dal_____	al_____	ore _____
Giugno	dal_____	al_____	ore _____	Dicemb dal_____	al_____	ore _____

FIRMA _____

Anno: ..... ASSL .....

Gennaio	dal_____	al_____	ore _____	Luglio	dal_____	_al_____	ore _____
Febbraio	dal_____	al_____	ore _____	Agosto	dal_____	al_____	ore _____
Marzo	dal_____	al_____	ore _____	Settem	dal_____	al_____	ore _____
Aprile	dal_____	al_____	ore _____	Ottobre	dal_____	al_____	ore _____
Maggio	dal_____	al_____	ore _____	Novem	dal_____	al_____	ore _____
Giugno	dal_____	al_____	ore _____	Dicemb	dal_____	al_____	ore _____

Anno: ..... ASSL: .....

Gennaio	dal_____	al_____	ore _____	Luglio	dal_____	_al_____	ore _____
Febbraio	dal_____	al_____	ore _____	Agosto	dal_____	al_____	ore _____
Marzo	dal_____	al_____	ore _____	Settem	dal_____	al_____	ore _____
Aprile	dal_____	al_____	ore _____	Ottobre	dal_____	al_____	ore _____
Maggio	dal_____	al_____	ore _____	Novem	dal_____	al_____	ore _____
Giugno	dal_____	al_____	ore _____	Dicemb	dal_____	al_____	ore _____

Anno: ..... ASSL: .....

Gennaio	dal_____	al_____	ore _____	Luglio	dal_____	_al_____	ore _____
Febbraio	dal_____	al_____	ore _____	Agosto	dal_____	al_____	ore _____
Marzo	dal_____	al_____	ore _____	Settem	dal_____	al_____	ore _____
Aprile	dal_____	al_____	ore _____	Ottobre	dal_____	al_____	ore _____
Maggio	dal_____	al_____	ore _____	Novem	dal_____	al_____	ore _____
Giugno	dal_____	al_____	ore _____	Dicemb	dal_____	al_____	ore _____

Anno: ..... ASSL: .....

Gennaio	dal_____	al_____	ore _____	Luglio	dal_____	_al_____	ore _____
Febbraio	dal_____	al_____	ore _____	Agosto	dal_____	al_____	ore _____
Marzo	dal_____	al_____	ore _____	Settem	dal_____	al_____	ore _____
Aprile	dal_____	al_____	ore _____	Ottobre	dal_____	al_____	ore _____
Maggio	dal_____	al_____	ore _____	Novem	dal_____	al_____	ore _____
Giugno	dal_____	al_____	ore _____	Dicemb	dal_____	al_____	ore _____

FIRMA _____

SEGUE punto 2: **incarico a tempo determinato o di sostituzione nella continuità assistenziale**: (punti 0,05 per mese di attività, ragguagliato a 96 h. di attività)

N.B. Occorre indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio

Anno: ……. ASSL: …….

Gennaio dal_____ al_____ ore _____ Luglio dal_____ _al_____ ore _____

Febbraio dal_____ al_____ ore _____ Agosto dal_____ al_____ ore _____

Marzo dal_____ al_____ ore _____ Settem dal_____ al_____ ore _____

Aprile dal_____ al_____ ore _____ Ottobre dal_____ al_____ ore _____

Maggio dal_____ al_____ ore _____ Novem dal_____ al_____ ore _____

Giugno dal_____ al_____ ore _____ Dicemb dal_____ al_____ ore _____

3 . **incarico a tempo determinato o di sostituzione nella medicina dei servizi** (punti 0,05 per mese di attività, ragguagliato a 96 h. di attività)

dal_____al_____ore_____presso _____

dal_____al_____ore_____presso _____

dal_____al_____ore_____presso _____

4 . incarico a tempo determinato o di sostituzione nella emergenza sanitaria territoriale

dal _____ al _____ ore _____presso _____

dal _____ al _____ ore _____presso _____

dal _____ al _____ ore _____presso _____

3. incarico a tempo determinato nelle Attività Territoriali Programmate:

dal _____ al _____ ore _____presso _____

dal _____ al _____ ore _____presso _____

dal _____ al _____ ore _____presso _____

FIRMA _____

6 . incarico a tempo determinato di assistenza turistica (punti 0,05 per mese di attività)

dal _____ al _____presso _____
dal _____ al _____presso _____
dal _____ al _____presso _____
dal _____ al _____presso _____
dal _____ al _____presso _____
dal _____ al _____presso _____
dal _____ al _____presso _____
dal _____ al _____presso _____
dal _____ al _____presso _____
dal _____ al _____presso _____
dal _____ al _____presso _____
dal _____ al _____presso _____
dal _____ al _____presso _____
dal _____ al _____presso _____
dal _____ al _____presso _____
dal _____ al _____presso _____
dal _____ al _____presso _____
dal _____ al _____presso _____

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero . (1)

Luogo e data _____ Firma del dichiarante _____(2)

(1) Ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni, le dichiarazioni mendaci e la falsità in atti, sono puniti dal codice penale. Il dichiarante decade, ai sensi dell'art. 75 D.P.R. 445/2000, dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

(2)- Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 445/2000, la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica, ancorché non autentica, di un documento di identità del sottoscrittore.

N.B: 1) Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità della dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio, il medico può trasmettere una copia fotostatica, ancorché non autenticata, dei certificati di servizio di cui già in possesso.

2) Ogni pagina della presente dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato.