



**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  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 UU.SS.LL: \*** (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 del presente Accordo (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.....  
 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..... al ..... Servizio:.....svolto presso \*\*.....  
 dal..... al ..... Servizio:.....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 ..... al ..... Servizio: ..... svolto presso \*\* .....  
dal ..... al ..... Servizio: ..... 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 _____

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 .....

**La sottoscritta 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 \_\_\_\_\_

**Il sottoscritto 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.*

\_\_\_\_\_  
**\*\* Recapiti degli Enti/ASL/Istituti/medici 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.*