



Regione Lombardia

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA GRADUATORIA REGIONALE DI  
Medicina Generale  
VALIDA PER L'ANNO 2011**

**Primo inserimento**

\*  
Alla A.S.L. di.....  
Via.....  
Città.....

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_  
Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Comune di residenza \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ n. Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
ASL di residenza \_\_\_\_\_

**Fa Domanda**

di 1^ iscrizione nella graduatoria regionale della medicina generale valida per l'anno 2011,  
per il settore di: **(barrare la lettera d'interesse)**

- a) Assistenza Primaria;
- b) Continuità Assistenziale;
- c) Emergenza Sanitaria Territoriale

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato

c/o \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Data..... Firma.....

\_\_\_\_\_  
\*  
**Vedi le istruzioni per la compilazione della domanda**

**Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n.196**  
**Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali.**

Ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196, in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo di quanto segue:

1. Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento da parte di questa Azienda della formazione della graduatoria regionale di medicina generale valida per l'anno **2011 ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale** reso esecutivo dalla Conferenza Stato-Regioni in data 29 luglio 2009;
2. Il trattamento viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici;
3. Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e , pertanto, in caso di rifiuto, Ella non potrà essere inserito in detta graduatoria;
4. I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito internet della Direzione Generale Sanità all'indirizzo: [www.sanita.regione.lombardia.it](http://www.sanita.regione.lombardia.it) sotto la voce Area Operatori/Graduatorie regionali;
5. L'art. 7 del citato decreto Le conferisce l'esercizio di specifici diritti in relazione al trattamento dei dati personali;
6. Responsabile del trattamento dei dati è il Direttore Generale della A.S.L.

Per accettazione

Firma \_\_\_\_\_

**ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLA DOMANDA.**

I medici che aspirano ad essere inseriti nella graduatoria regionale di Medicina generale devono possedere alla data di scadenza del termine per la presentazione della domanda (31 gennaio 2010) i seguenti requisiti

- **Iscrizione all'Albo Professionale.**
- **Attestato di formazione in medicina generale di cui all'art. 1, comma 2, e all'art. 2, comma 2, del decreto legislativo n. 256/91 e delle corrispondenti norme del decreto legislativo n. 368/99 e del decreto legislativo n. 277/2003.**

**Si prescinde dal requisito dell'attestato:**

1. per i medici abilitati all'esercizio professionale entro il 31.12.1994, come indicato dal decreto del Ministero della Sanità del 15.12.1994;
2. per i medici titolari alla data del 31.12.1994 di uno dei seguenti incarichi a tempo indeterminato:
  - medico di medicina generale;
  - medico di continuità assistenziale ed emergenza territoriale;
  - medico addetto alla medicina dei servizi;
  - medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna;
  - medico generico fiduciario;
  - medico presso il servizio assistenza sanitaria ai naviganti convenzionato con il Ministero della sanità.

**Per i medici residenti nella Regione Lombardia** la domanda dovrà essere spedita a mezzo raccomandata o consegnata a mano, **alla Azienda Sanitaria Locale di residenza del medico;**

**Per i medici residenti nelle altre Regioni** le domande dovranno essere spedite a mezzo raccomandata alle seguenti ASL:

Regione di residenza	ASL a cui indirizzare la domanda
MOLISE	ASL della Provincia di BERGAMO
FRIULI	ASL della Provincia di BRESCIA
LAZIO – LIGURIA	ASL della Provincia di COMO
BASILICATA – VENETO	ASL della Provincia di CREMONA
CALABRIA	ASL della Provincia di LECCO
CAMPANIA	ASL della Provincia di LODI
ABRUZZO – PIEMONTE	ASL della Provincia di MANTOVA
TRENTINO – VALLE D'AOSTA	ASL della Provincia di MILANO 1 - Legnano
EMILIA ROMAGNA	ASL della Provincia di MILANO 2 - Melegnano
BOLZANO	ASL della Provincia di MILANO 3 - Monza
SARDEGNA	ASL della Provincia di PAVIA
UMBRIA – PUGLIA	ASL della Provincia di SONDRIO
TOSCANA – MARCHE	ASL della Provincia di VARESE
SICILIA	ASL della Provincia di VALLECAMONICA

Di seguito sono riportati gli indirizzi delle ASL a cui spedire le domande

A.S.L.	INDIRIZZO	N. TELEFONO
BERGAMO	VIA GALLICCIOLLI, 4 24121 BERGAMO	035 – 385174
BRESCIA	Via Duca Degli Abruzzi, 15 – 25124 BRESCIA	030 – 38381
COMO	VIA CASTELNUOVO, 1 22100 COMO	031 – 370969
CREMONA	VIA TRENTO E TRIESTE, 15 26100 CREMONA	0372 – 497407
LECCO	C.SO CARLO ALBERTO, 120 - 23900 LECCO	0341 – 482111
LODI	PIAZZA OSPEDALE, 10 26900 LODI	0371/5874463
MANTOVA	VIA TRENTO, 6 46100 MANTOVA	0376 – 334152
MILANO	CORSO ITALIA, 19 20122 MILANO	02 – 85781
MILANO – 1 – LEGNANO	VIALE FORLANINI, 121 – 20024 GARBAGNATE MILANESE – MI -	02 – 99513.560

MILANO -2 – MELEGNANO	VIA VIII GIUGNO, 69 20077 MELEGNANO – MI	02 – 98051
MONZA - BRIANZA	VIALE ELVEZIA, 2 20052 MONZA	039 – 23841
PAVIA	VIALE INDIPENDENZA,3 27100 PAVIA	0382 – 431253
SONDRIO	VIA NAZARIO SAURO,38 23100 SONDRIO	0342 – 521111
VARESE	VIA OTTORINO ROSSI,9 21100 VARESE	0332 - 277111
VALLECAMONICA	VIA NISSOLINA,2 25043 BRENO – BS -	0364 – 3291

Per l'accoglimento della domanda farà fede il timbro postale o il timbro apposto sulla domanda dall'ufficio protocollo se consegnata a mano . La ricevuta rilasciata dall'ufficio postale o la fotocopia del frontespizio della domanda, se consegnata a mano, saranno gli unici documenti validi da produrre in caso di smarrimento della domanda.

### **Nota Bene**

**1 - Ai sensi dell'art. 15 – comma 11 – del nuovo Accordo collettivo nazionale della medicina generale i medici già titolari di incarico a tempo indeterminato per una o più delle attività ( assistenza primaria, continuità assistenziale, 118 ) di cui al nuovo ACN , non possono fare domanda di inserimento nella relativa graduatoria del settore e, pertanto, possono concorrere alla assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.**

**2 –Ai sensi dell'art. 16 – comma 4 – del nuovo Accordo collettivo nazionale della medicina generale le attività di servizio svolte durante i periodi formativi (corso in medicina generale, scuole di specializzazioni) non sono valutabili. Eventuali punteggi già assegnati saranno recuperati retroattivamente.**

**3 – Per i titoli di studio conseguiti all'estero indicare gli estremi del provvedimento di riconoscimento di equipollenza.**

**4 – I titoli di servizio non sono cumulabili se riferiti ad attività svolte nello stesso periodo. In tal caso è valutato il titolo che comporta il punteggio più alto.**

**5 – A parità di punteggio complessivo in graduatoria prevalgono nell'ordine, la minore età, il voto di laurea e infine l'anzianità di laurea.**

**6 - Ai fini dell'attribuzione del relativo punteggio, la documentazione allegata deve essere tale da poterne consentire la valutazione e non si terrà conto di quella dalla quale non è possibile dedurre dati di valutazione o di quella mancante rispetto a quanto dichiarato dall'aspirante.**

**Formazione della graduatoria regionale di medicina generale valida per l'anno 2011.**

**- AUTOCERTIFICAZIONE -**

Esente  
dal bollo

Il sottoscritto Dott.      Cognome.....      Nome.....

ai sensi e agli effetti dell' art. 46 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 recante il Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

**D I C H I A R A**

1. Di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di.....
2. Di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università di..... in data..... con voto.....
3. Di essere abilitato all'esercizio professionale il giorno..... mese..... anno.....
4. Di essere in possesso della specializzazione o libera docenza in medicina generale o discipline equipollenti : Specializzazione/libera docenza in..... data inizio corso..... data fine corso.....presso.....
5. Di essere in possesso della specializzazione o libera docenza affine alla medicina generale Specializzazione/libera docenzain..... data inizio corso.....data fine corso..... presso.....
6. Di essere/ non essere/ in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale: corso di formazione relativo al triennio..... data inizio corso..... data fine corso..... data esami finali..... presso .....
7. Di essere titolare/ non essere titolare/ di incarico a tempo indeterminato nel settore di:  
 Assistenza primaria  Continuità assistenziale  118
8. Di aver svolto il 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 dal..... al..... presso.....
9. Di aver svolto il servizio militare di leva in concomitanza di incarico conferito dalla A.S.L ai sensi del nuovo ACN e, comunque, solo per il periodo concomitante con tale incarico AS.L.....dal..... al.....
10. Di aver svolto il servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina dal..... al..... presso.....

11. Di aver svolto il servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale in concomitanza di incarico conferito dalla Azienda ai sensi del nuovo ACN e , comunque, solo per il periodo concomitante con tale incarico A.S.L..... dal.....al.....

**Le notizie sopra riportate corrispondono al vero. ( 1 )**

Data.....

Firma del dichiarante.....  
**( Non soggetta ad autenticazione )**

1) Ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci e la falsità in atti, sono puniti dal codice penale. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

**Formazione della graduatoria regionale di medicina generale valida per l'anno 2011.**

**- ATTO DI NOTORIETA' -**

Esente  
dal bollo

Il sottoscritto Dott.      Cognome.....      Nome.....

ai sensi e agli effetti dell' art. 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 recante il Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

**Dichiara di essere in possesso dei seguenti titoli di servizio**

12. Attività, sia a tempo indeterminato che determinato, di medico di assistenza primaria convenzionato ai sensi dell'art. 48 della legge 833/78 e dell'art. 8, comma 1, del Decreto Legislativo n. 502/92 compresa l'attività svolta in qualità di associato **nella Regione Lombardia**  
dal..... al..... presso.....  
dal..... al..... presso.....  
dal..... al..... presso.....
13. Attività, sia a tempo indeterminato che determinato, di medico di assistenza primaria convenzionato ai sensi dell'art. 48 della legge 833/78 e dell'art. 8, comma 1, del Decreto Legislativo n. 502/92 compresa l'attività svolta in qualità di associato prestata **fuori dalla Regione Lombardia;**  
dal.....al..... presso.....  
dal.....al..... presso.....  
dal.....al..... presso.....
14. Attività di sostituzione del medico di assistenza primaria convenzionato con il SSN solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiore a 5 giorni continuativi ;  
dal.....al.....medico\* .....A.S.L.....  
dal.....al.....medico.....A.S.L.....  
dal.....al.....medico.....A.S.L.....
15. Attività di sostituzione del medico di assistenza primaria convenzionato con il SSN dovuta ad attività sindacale anche se di durata inferiore a 5 giorni continuativi. Le sostituzioni effettuate su base oraria sono valutate con gli stessi criteri di cui al punto 16;
16.  
dal..... al.....medico\* .....A.S.L.....  
dal..... al.....medico.....A.S.L.....  
dal..... al.....medico.....A.S.L.....  
n. ore ..... dal.....al.....medico.....ASL.....  
n. ore.....dal.....al.....medico.....ASL.....  
n.ore.....dal.....al.....medico.....ASL.....
17. Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o anche a titolo di sostituzione, nei servizi di guardia medica e di continuità assistenziale in forma attiva

\* inserire il nome del medico sostituito

**vedi allegato “ A “ per la compilazione – Per ciascun mese solare non può essere considerato un numero di ore superiore a quello massimo consentito dall’accordo di settore.**

18. Servizio effettivo con incarico a tempo determinato e indeterminato nella emergenza sanitaria territoriale - **vedi allegato “ B “ per la compilazione;**
19. Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o determinato o di sostituzione nella medicina dei servizi - **vedi allegato “ C “ per la compilazione;**
20. Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate - **vedi allegato “ D “ per la compilazione;**
21. Attività programmata nei servizi territoriali, di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale in forma di reperibilità ai sensi del nuovo ACN.  
**vedi allegato “ E “ per la compilazione;**
22. Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche, organizzati dalle Regioni o dalle Aziende;  
A.S.L..... dal..... al.....  
A.S.L..... dal..... al.....
23. Attività , anche in forma di sostituzione , di pediatra di libera scelta se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi;  
dal..... al.....medico\*.....A.S.L.....  
dal..... al.....medico.....A.S.L.....  
dal..... al.....medico.....A.S.L.....
24. Attività come medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna, e medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici, medico generico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato con il Ministero della Sanità per il servizio di assistenza sanitaria ai naviganti  
dal..... al.....A.S.L.....  
dal..... al.....A.S.L.....
25. Attività di medico addetto all’assistenza sanitaria nelle carceri, sia a tempo indeterminato che di sostituzione e di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo.  
  
dal..... al.....presso.....
26. Servizio prestato presso Aziende Termali ( con le modalità di cui all’art. 8 della Legge 24 Ottobre 2000, n. 323 ) equiparato all’attività di continuità assistenziale  
  
dal.....al.....A.S.L.....  
**Vedi allegato “ F “ per la compilazione**
27. Servizio effettivo di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale, di emergenza territoriale, svolto in paesi dell’Unione Europea, ai sensi della Legge 9 febbraio 1979 n. 38, della Legge 10 luglio 1960 n. 735 e successive modificazioni ed integrazioni e del decreto ministeriale 1° settembre 1988 n. 430  
Dal.....al.....  
Stato Europeo.....  
**Le notizie sopra riportate corrispondono al vero. ( 1 )**  
  
Data..... Firma del dichiarante..... ( 2 )

\* inserire il nome del medico sostituito

**Ai fini della attribuzione dei punteggi, la documentazione allegata nonché gli atti notori e le autocertificazioni devono essere tali da poterne consentire la valutazione e non si terrà conto di quella dalla quale non è possibile dedurre i dati di valutazione o di quella mancante rispetto a quanto dichiarato dal medico**

( 1 ) Ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci e la falsità negli atti, sono puniti dal codice penale. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

( 2 ) Ai sensi dell'art. 38 del DPR n. 445/2000, la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica, ancorchè non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.

**Allegato " A "**

Dott.      Cognome.....                      Nome.....

Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o anche a titolo di sostituzione, nei servizi di guardia medica e di continuità assistenziale in forma attiva.

A N N O .....

Azienda Sanitaria Locale.....

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

A N N O .....

Azienda Sanitaria Locale.....

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

Firma

**Allegato " B "**

Dott.      Cognome.....                      Nome.....

Servizio effettivo con incarico a tempo determinato e indeterminato nella emergenza sanitaria territoriale.

A N N O .....

Azienda Sanitaria Locale.....

Gennaio	dal.....	al.....
Febbraio	dal.....	al.....
Marzo	dal.....	al.....
Aprile	dal.....	al.....
Maggio	dal.....	al.....
Giugno	dal.....	al.....
Luglio	dal.....	al.....
Agosto	dal.....	al.....
Settembre	dal.....	al.....
Ottobre	dal.....	al.....
Novembre	dal.....	al.....
Dicembre	dal.....	al.....

A N N O .....

Azienda Sanitaria Locale.....

Gennaio	dal.....	al.....
Febbraio	dal.....	al.....
Marzo	dal.....	al.....
Aprile	dal.....	al.....
Maggio	dal.....	al.....
Giugno	dal.....	al.....
Luglio	dal.....	al.....
Agosto	dal.....	al.....
Settembre	dal.....	al.....
Ottobre	dal.....	al.....
Novembre	dal.....	al.....
Dicembre	dal.....	al.....

Firma

\* Per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare l'allegato " B "

**Allegato " C "**

Dott.      Cognome.....                      Nome.....

Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o determinato o di sostituzione nella medicina dei servizi.

A N N O .....

Azienda Sanitaria Locale.....

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

A N N O .....

Azienda Sanitaria Locale.....

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

Firma

\* Per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare l'allegato " C "



**Allegato " E "**

Dott.      Cognome.....                      Nome.....

Attività programmata nei servizi territoriali, di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale in forma di reperibilità ai sensi del nuovo ACN.

A N N O .....

Azienda Sanitaria Locale.....

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

A N N O .....

Azienda Sanitaria Locale.....

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

Firma

- Per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare l'allegato " E "

**Allegato " F "**

Dott.      Cognome.....      Nome.....

Attività resa presso le Aziende Termali con le modalità di cui all'art. 8 della Legge 24 ottobre 2000, n. 323 equiparato all'attività di continuità assistenziale.

A N N O .....

Azienda Termale.....

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

A N N O .....

Azienda Termale.....

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

Firma

- per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare l'allegato " F "