AL MINISTERO DELLA SALUTE

Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria Ufficio 3 - Coordinamento USMAF - SASN Via Giorgio RIBOTTA, 5 - 00144 ROMA

[PEC:dgprev@postacert.sanita.it](mailto:dgprev@postacert.sanita.it)

OGGETTO: SSB-MB-RAMdB1 – Dr. (*Cognome e nome*) ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEI MEDICI DI BORDO SUPPLENTI

Il sottoscritto Dr. ........................................................................................................ nato a ...............................................................................................................

il .............................. residente in ..............................prov. ............Via ....................................................................................................n. ....... c.a.p. ………….

...................... tel. ......../ chiede di essere iscritto nell'elenco dei Medici di bordo supplenti di cui all'art. 29 ter del

R.D. 29/9/1895, n. 636 e successive modifiche e che l’attestato sia inviato al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata

………………………………………………………… (da compilare solo se in possesso di casella PEC).

Al riguardo dichiara sotto la propria responsabilità:

1. di essere cittadino italiano, ovvero di essere cittadino dello Stato membro dell’UE ;
2. di godere dei diritti politici;

c) di essere iscritto nell'Albo dell'Ordine dei Medici-Chirurghi di ................................................................ al n. ....................dal ;

Allega in proposito i seguenti documenti:

1. Dichiarazione sostitutiva \* attestante il possesso della abilitazione professionale a medico chirurgo\*\*;
2. Dichiarazione sostitutiva \* attestante l’assenza di condanne penali, di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali, e di non essere a conoscenza di provvedimenti che riguardano l’applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale;
3. certificato medico, **in bollo,** in data non anteriore a un mese, rilasciato da un Medico di Porto (*medico in servizio presso un Ufficio di Sanità Marittima, Aerea e di Frontiera – USMAF del Ministero della Salute*) o dei competenti Servizi A.S.L., oppure da un medico militare in servizio permanente effettivo, dal quale risulti che l’aspirante non è affetto da malattie fisiche o psichiche e non presenta deficienze organiche che gli impediscano di esercitare le funzioni di medico di bordo. Si precisa che la valutazione clinica di cui sopra dovrà essere effettuata tenendo conto dei requisiti richiesti per la idoneità psicofisica alla iscrizione alle matricole della Gente di Mare contenuti nel **R.D.L. 14 dicembre 1933, n. 1773** il cui possesso è comunque necessario in caso di esito favorevole dell’istanza ai fini della predetta iscrizione.
4. curriculum professionale datato e firmato (in cui menzionare le specializzazioni o i perfezionamenti conseguiti, gli incarichi rivestiti con l'indicazione dei relativi periodi e tutto ciò che, comunque, riguardi l'attività professionale svolta, con la precisazione, altresì, delle lingue estere conosciute);
5. **titoli /autocertificazione** (atto di notorietà)\*\*\* **dai quali risultino espressamente “sufficiente cultura nelle discipline igieniche e provata abilità nell'esercizio pratico della Medicina, della Chirurgia e dell'Ostetricia” -** come disposto dall'art. 29 *ter* del R.D. 29/9/1895, n. 636 e successive modifiche - acquisite mediante frequenza o attività professionale in idonei Reparti per congrui periodi di tempo (almeno due mesi per ogni disciplina).
6. indirizzo presso il quale si desidera venga inviata ogni eventuale comunicazione.
7. Copia del documento di identità in corso di validità.

Luogo e Data / /

Firma \*\*\*\*

…..………………………………………….………

**Autorizzo il Ministero della Salute a pubblicare nell’elenco dei medici di bordo supplenti / abilitati, oltre ai miei dati anagrafici, anche i seguenti contatti**

TELEFONO FISSO ………………………………………..… CELLULARE……………………….………………………INDIRIZZO MAIL …………………………………………………….…………

**riservandomi di richiederne in qualsiasi momento la cancellazione**

Firma \*\*\*\*

………………………………………………………

\* **La dichiarazione sostituiva, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e dell’ art. 15 della Legge 12 novembre 2011, n 183, deve contenere gli elementi indispensabili per il reperimento e la verifica, da parte dell’Amministrazione, delle informazioni e dei dati autocertificati.**

\*\* **Occorre che siano trascorsi almeno DUE ANNI dalla data degli esami di abilitazione professionale.**

**\*\*\*Per la autocertificazione dei titoli di cui al punto 5) viene allegato facsimile di modulo che dovrà essere debitamente compilato e sottoscritto dal richiedente; le altre autocertificazioni dovranno essere prodotte su fogli separati**

\*\*\*\* **Si ricorda che, in sostituzione dell’autenticazione della firma, la stessa dovrà essere corredata come previsto dall’art. 38 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, di copia fotostatica di un documento di riconoscimento in corso di validità.**