

GRADUATORIA REGIONALE DEI PEDIATRI LIBERA SCELTA
ANNO _____

MARCA DA
BOLLO

€

All'Assessorato alla Sanità/Azienda Sanitaria _____

☐ **PRIMO INSERIMENTO**

☐ **INTEGRAZIONE TITOLI**

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

prov. _____ il ____/____/____ sesso: M ☐ F ☐ codice fiscale

residente a _____ prov. _____

indirizzo: _____ n. _____ CAP

tel. _____ e-mail _____ PEC _____

secondo quanto previsto dall'art. 19 dell'A.C.N. per la pediatria di libera scelta 25 luglio 2024

chiede

l'inserimento nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta, a valere per l'anno _____

dichiara (facoltativo)

la propria disponibilità all'inserimento nelle graduatorie aziendali per l'eventuale conferimento di incarico provvisorio o per sostituzioni nelle seguenti Aziende:

Azienda _____

Azienda _____

Azienda _____

Azienda _____

Azienda _____

Azienda _____

Azienda _____

Azienda _____

Azienda _____

Azienda _____

dichiara (facoltativo)

☐ la propria disponibilità alla procedura di ricambio generazionale (APP).

Allega alla presente domanda:

- ☐ n. _____ dichiarazioni sostitutive di certificazione;
- ☐ n. _____ dichiarazioni sostitutive dell'atto notorio;
- ☐ n. _____ altre certificazioni;

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata a:

☐ propria residenza;

☐ seguente indirizzo: Via _____ n. _____ CAP Comune di _____

Data _____

Firma _____

Allegato A**Dichiarazione sostitutiva di certificazione**

(art. 46 DPR n. 445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto Dott.

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:

DICHIARA

- ☐ di essere cittadino italiano;
- ☐ di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE (specificare)_____;
- ☐ di essere cittadino del seguente Stato _____ ed in possesso di uno dei requisiti di cui all'art.38, commi 1 e 3bis del D.lgs n.165/2001 e s.m.i. (cfr. punto 1a delle "Avvertenze Generali");
- ☐ di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di _____ il ____/____/____
- ☐ di essere iscritto all'Ordine dei Medici di _____
- ☐ di essere in possesso della specializzazione in pediatria o discipline equipollenti (specificare)_____ ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 conseguita il ____/____/____ presso l'Università di _____; (cfr. punto 1d delle "Avvertenze Generali");
- ☐ di essere iscritto alla scuola di specializzazione in pediatria o disciplina euipollente (specificare)_____ ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998, presso l'Università di _____ con previsione di conseguimento del titolo entro il 15 settembre p.v. (cfr. punto 1d delle "Avvertenze Generali");
- ☐ di essere in possesso della specializzazione in disciplina affine alla pediatria (specificare)_____ ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 conseguita il ____/____/____ presso l'Università di _____ con frequenza dal ____/____/____ al ____/____/____;
- ☐ di essere in possesso di specializzazione in discipline diverse da quelle sopra indicate (indicare la specializzazione):
_____ conseguita il ____/____/____ presso l'Università di _____
_____ con frequenza dal ____/____/____ al ____/____/____;
_____ conseguita il ____/____/____ presso l'Università di _____
_____ con frequenza dal ____/____/____ al ____/____/____;
- ☐ di essere in possesso di certificato di conoscenza della lingua inglese conseguito il ____/____/____ presso _____; (cfr. punto 6 delle "Avvertenze Generali");
- ☐ di essere in possesso della Patente Europea per l'utilizzo del PC conseguita il ____/____/____ presso _____;
- ☐ di non fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- ☐ di non fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente (tale incompatibilità non opera nei confronti dei pediatri che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM).

Data ____/____/____

Firma _____

Allegato B**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà**

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

Il sottoscritto Dott.

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:

DICHIARA

il possesso dei seguenti titoli di servizio:

Attività di specialista pediatra di libera scelta convenzionato, con incarico a tempo indeterminato o provvisorio e per attività di sostituzione:

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ pediatra _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ pediatra _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ pediatra _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ pediatra _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ pediatra _____

Attività svolta durante il periodo di affiancamento previsto dalla procedura di ricambio generazionale (APP):

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

Attività di sostituzione per attività sindacale del pediatra di libera scelta titolare:

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ pediatra _____ ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ pediatra _____ ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ pediatra _____ ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ pediatra _____ ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ pediatra _____ ore _____

Servizio per attività territoriali programmate:

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____

Servizio in forma attiva nella medicina dei servizi o svolto, anche a titolo di sostituzione, nei servizi di guardia medica e di continuità assistenziale e nell'emergenza sanitaria territoriale:

Anno ___ mese ___ dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
Anno ___ mese ___ dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
Anno ___ mese ___ dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
Anno ___ mese ___ dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
Anno ___ mese ___ dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____

Servizio di medico incaricato di assistenza primaria a ciclo di scelta:

Anno__ mese__ dal __/__/__ al __/__/__ Azienda _____
Anno__ mese__ dal __/__/__ al __/__/__ Azienda _____
Anno__ mese__ dal __/__/__ al __/__/__ Azienda _____
Anno__ mese__ dal __/__/__ al __/__/__ Azienda _____

Servizio di sostituzione di medico di assistenza primaria a ciclo di scelta:

Anno__ mese__ dal __/__/__ al __/__/__ Azienda _____ medico_____ ore__
Anno__ mese__ dal __/__/__ al __/__/__ Azienda _____ medico_____ ore__
Anno__ mese__ dal __/__/__ al __/__/__ Azienda _____ medico_____ ore__
Anno__ mese__ dal __/__/__ al __/__/__ Azienda _____ medico_____ ore__
Anno__ mese__ dal __/__/__ al __/__/__ Azienda _____ medico_____ ore__

Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende:

dal __/__/__ al __/__/__ Azienda _____
dal __/__/__ al __/__/__ Azienda _____
dal __/__/__ al __/__/__ Azienda _____
dal __/__/__ al __/__/__ Azienda _____

Servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia:

dal __/__/__ al __/__/__ presso _____

Attività di specialista pediatra svolta all'estero ai sensi della Legge 11 agosto 2014, n.125; della Legge 10 luglio 1960, n.735 e s.m. e del decreto ministeriale 1°settembre 1988, n.430: (*)

dal __/__/__ al __/__/__ presso _____
dal __/__/__ al __/__/__ presso _____

(*) il servizio deve essere attestato con certificazioni, in originale o copia conforme all'originale, sottoscritte dal legale rappresentante dell'Ente, con allegata la traduzione in lingua italiana certificata, vistata per conferma dalla competente autorità consolare italiana all'estero. Per i servizi sanitari prestati all'estero per i quali è previsto uno specifico provvedimento di riconoscimento (art.124, comma 2, decreto legislativo 112/1998) è necessario allegare copia di detto provvedimento.

Attività di specialista pediatra svolta a qualsiasi titolo presso strutture sanitarie pubbliche non espressamente contemplate nei punti che precedono:

dal __/__/__ al __/__/__ presso _____
dal __/__/__ al __/__/__ presso _____
dal __/__/__ al __/__/__ presso _____
dal __/__/__ al __/__/__ presso _____
dal __/__/__ al __/__/__ presso _____

La sottoscritta dichiara di aver usufruito di astensione obbligatoria o anticipata per gravidanza e puerperio nei seguenti periodi:

dal __/__/__ al __/__/__ presso Azienda _____
dal __/__/__ al __/__/__ presso Azienda _____

Il sottoscritto dichiara inoltre:

- di ☐non avere ☐avere subito provvedimenti di revoca del rapporto convenzionale di pediatra di libera scelta. In caso affermativo indicare la data di revoca del rapporto convenzionale __/__/__ e l'Azienda che ha adottato il provvedimento _____;
- che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1).

Data ____/____/____

Firma _____(2)

(1) Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del DPR 445/2000).

(2) Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento d'identità del dichiarante.

AVVERTENZE GENERALI

1. I pediatri che aspirano all'iscrizione nella graduatoria devono presentare annualmente la domanda e possedere, alla data di scadenza dei termini per la presentazione della stessa, i seguenti requisiti:
 - a) cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE. Possono chiedere l'iscrizione i familiari di cittadini europei non aventi la cittadinanza di uno Stato membro che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente, i cittadini di Paesi terzi che siano titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o che siano titolari dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria;
 - b) diploma di laurea in Medicina e Chirurgia;
 - c) iscrizione all'Albo professionale;
 - d) diploma di specializzazione in pediatria o in una delle seguenti discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i.:
 - clinica pediatrica
 - neonatologia
 - pediatria e puericoltura
 - pediatria preventiva e puericoltura
 - pediatria preventiva e sociale
 - pediatria sociale e puericoltura
 - puericoltura
 - puericoltura ed igiene infantile
 - puericoltura, dietetica infantile ed assistenza sociale dell'infanzia
 - puericoltura e dietetica infantilePossono presentare domande i medici che nell'anno acquisiranno il diploma di specializzazione, che dovrà essere posseduto ed autocertificato entro il 15 settembre p.v.;
2. I pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato non possono fare domanda di inserimento nella graduatoria (art. 19, comma 3, ACN per la Pediatria di libera scelta)
3. I pediatri allegano unitamente alla domanda le dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio concernenti i titoli valutabili ai fini della graduatoria. Possono presentare annualmente allegati integrativi dei titoli aggiuntivi rispetto a quelli precedentemente presentati.
4. La domanda, in bollo, deve essere trasmessa con modalità telematica definita dalla Regione entro il 31 gennaio di ogni anno all'Assessorato regionale alla Sanità o all'Azienda Sanitaria individuata. Sono fatte salve differenti modalità di trasmissione disposte dalla Regione.
5. La mancata sottoscrizione della domanda o della dichiarazione sostitutiva, la trasmissione oltre il termine di scadenza comportano l'esclusione dalla graduatoria.
6. I titoli devono essere documentati:
 - a) con dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell'art.46 del DPR 445/2000 (Allegato A alla domanda), per i titoli accademici e di studio;
 - b) con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, ai sensi dell'art.47 del DPR n. 445/2000, (Allegato B alla domanda), per i titoli di servizio prestato presso una Amministrazione Pubblica o un gestore di Pubblico Servizio;
 - c) i titoli conseguiti presso soggetti privati o esteri devono essere allegati alla domanda di partecipazione in originale o in copia legale o autenticata ai sensi di legge.
L'omissione o l'incompletezza dei dati comporteranno la non attribuzione dei relativi punteggi. L'autocertificazione dovrà pertanto indicare esattamente il numero delle ore di attività svolte, il periodo di svolgimento e l'Azienda/Ente presso la quale è stata svolta l'attività.
Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere.

7. La conoscenza della lingua inglese (Allegato A) deve essere documentata dal possesso di certificato non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE).
8. Ai fini della graduatoria sono valutabili solo i titoli accademici, di studio e di servizio posseduti al 31 dicembre dell'anno precedente, nonché il diploma di specializzazione in pediatria, o discipline equipollenti, conseguito ed autocertificato entro il 15 settembre del corrente anno.

Informativa resa all'interessato per il trattamento di dati personali.

Ai sensi del Regolamento Europeo 27 aprile 2016 n.2016/679/UE e del Codice della Privacy, D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 modificato dal D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101, si informa che:

- i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente per le finalità strettamente necessarie e connesse alla formazione della graduatoria regionale di pediatria di libera scelta valida per l'anno____. Per tali finalità l'acquisizione dei dati è necessaria e il loro mancato conferimento, o una loro omissione, comporterà l'esclusione dalla procedura.

- il trattamento viene effettuato mediante strumenti cartacei, informatici, telematici e telefonici.

- l'interessato ha diritto di accedere ai dati che lo riguardano, di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione se non pertinenti o raccolti in modo non conforme alle norme. L'interessato può, altresì, opporsi al trattamento per motivi legittimi.

- i dati personali saranno pubblicati sul sito istituzionale e sul Bollettino Ufficiale della

Regione_____;

- Titolare del trattamento dei dati è _____

- Responsabile del trattamento dei dati è _____

Si autorizza l'Amministrazione al trattamento dei propri dati personali.

Data____/____/____ Firma_____.