

GRADUATORIA REGIONALE DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA ANNO 2017

BOLLO € 16,00

**All'Assessorato Politiche per la Salute
della Regione Emilia-Romagna**

Viale Aldo Moro, 21
40127 BOLOGNA BO

 PRIMO INSERIMENTO
 INTEGRAZIONE TITOLI

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ prov. _____ il |_|_|_|_|_|

sesso: M F codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

residente a _____ prov. _____

indirizzo: _____ n. _____

CAP |_|_|_|_|_| tel. _____ Indirizzo e-mail _____

secondo quanto previsto dall'art. 15 dell'Accordo collettivo nazionale per la pediatria di libera scelta

chiede

di essere inserito nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta, valevole per l'anno **2017**.

A tal fine dichiara di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta.

Acclude alla presente:

- n. _____ dichiarazioni sostitutive di certificazione - autocertificazione;
- n. _____ dichiarazioni sostitutive dell'atto notorio;

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

 la propria residenza; il domicilio sotto indicato:
c/o _____

Comune di _____ prov. _____

indirizzo: _____ n. _____

CAP |_|_|_|_|_| tel. _____

Data _____ firma per esteso _____

ESENTE DA
IMPOSTA DI BOLLO

Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(art. 46 DPR n. 445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto Dott. _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del DPR 445 del 28/12/2000

dichiara di essere in possesso di:

Diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università di _____ in data _ _ _ _ _ con voto _ _ _	Parte riservata all'ufficio
Iscrizione all'Ordine dei medici di _____ dal _ _ _ _ _	
Specializzazione in: a) PEDIATRIA conseguita presso l'Università di _____ in data _ _ _ _ _ con voto _ _ _ b) _____ conseguita presso l'Università di _____ in data _ _ _ _ _ con voto _ _ _ c) _____ conseguita presso l'Università di _____ in data _ _ _ _ _ con voto _ _ _	<i>punti 4,00 per ciascuna specializzazione in pediatria o disciplina equipollente</i> Tot. n. _____ = p. <i>punti 2,00 per ciascuna specializzazione in discipline affini alla pediatria</i> Tot. n. _____ = p. <i>punti 0,20 per ciascuna specializzazione in discipline diverse</i> Tot. n. _____ = p.
Libera docenza in: d) PEDIATRIA conseguita presso l'Università di _____ in data _ _ _ _ _ e) _____ conseguita presso l'Università di _____ in data _ _ _ _ _ f) _____ conseguita presso l'Università di _____ in data _ _ _ _ _	<i>punti 2,00 per ciascuna libera docenza in pediatria o disciplina equipollente</i> Tot. n. _____ = p. <i>punti 1,00 per ciascuna libera docenza in discipline affini alla pediatria</i> Tot. n. _____ = p. <i>punti 0,20 per ciascuna libera docenza in discipline diverse</i> Tot. n. _____ = p.
Tirocinio abilitante svolto ai sensi della Legge n. 148/75 conseguito in data _ _ _ _ _ presso: _____	<i>punti 0,30</i>
Titolo di animatore di formazione riconosciuto dalla Regione _____ conseguito il _ _ _ _ _ presso _____	<i>punti 0,30</i>

Data _____

Firma del dichiarante _____

(non soggetta ad autenticazione)

ESENTE DA
IMPOSTA DI BOLLO

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(art. 47 DPR n. 445 del 28/12/2000)

TITOLI DI SERVIZIO ED ATTIVITÀ SVOLTA

Io sottoscritt_ Dott.

cognome

nome

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO		
<table border="1"> <tr> <td> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td>Cod. regione</td> </tr> </table>	_ _ _ _	Cod. regione
_ _ _ _		
Cod. regione		

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,

dichiara di essere in possesso dei seguenti titoli di servizio:

d. Attività di specialista pediatra di libera scelta convenzionato ai sensi dell'art. 48 della Legge n. 833/78 e dell'art. 8, comma 1, del Dlgs. 502/92 e 517/93 compresa quella svolta in qualità di associato o di sostituto: *(punti 0,60 per mese di attività)*

dal |_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_| ASL/medico _____

dal |_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_| ASL /medico _____

dal |_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_| ASL/medico _____

dal |_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_| ASL /medico _____

dal |_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_| ASL/medico _____

dal |_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_| ASL /medico _____

dal |_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_| ASL/medico _____

dal |_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_| ASL/medico _____

dal |_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_| ASL/medico _____

dal |_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_| ASL/medico _____

dal |_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_| ASL/medico _____

dal |_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_| ASL/medico _____

dal |_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_| ASL/medico _____

bb. Attività di sostituzione per attività sindacale:*(punti 0,60 per mese di attività, ragguagliato a 96 h. di attività)*

dal |_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_| ore |_|_|_|_|_|_|

ASL _____ medico _____

dal |_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_| ore |_|_|_|_|_|_|

ASL _____ medico _____

dal |_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_| ore |_|_|_|_|_|_|

ASL _____ medico _____

b1 Attività di specialista pediatra svolta all'estero ai sensi delle leggi n. 38/79 e n. 735/60, e successive modificazioni e del DM n. 430/88:(*)*(punti 0,10 per mese di attività)*

dal |_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_| presso _____

dal |_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_| presso _____

dal |_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_| presso _____

e. Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato 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, in forma attiva:*(punti 0,10 per mese di attività, ragguagliato a 96 h. di attività)*

dal |_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_| ore |_|_|_|_|_|_| ASL _____

dal |_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_| ore |_|_|_|_|_|_| ASL _____

dal |_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_| ore |_|_|_|_|_|_| ASL _____

dal |_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_| ore |_|_|_|_|_|_| ASL _____

dal |_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_| ore |_|_|_|_|_|_| ASL _____

dal |_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_| ore |_|_|_|_|_|_| ASL _____

dal |_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_| ore |_|_|_|_|_|_| ASL _____

dal |_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_| ore |_|_|_|_|_|_| ASL _____

dal |_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_| ore |_|_|_|_|_|_| ASL _____

dal |_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_| ore |_|_|_|_|_|_| ASL _____

dal |_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_| ore |_|_|_|_|_|_| ASL _____

dal |_|_|_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_|_|_| ore |_|_|_|_|_|_| ASL _____

e1. Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o svolto a titolo di sostituzione nell'assistenza primaria. (punti 0,10 per mese di attività)

dal |_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_| ASL/medico _____

dal |_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_| ASL /medico _____

dal |_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_| ASL/medico _____

dal |_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_| ASL/medico _____

c. Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle AUSL: (punti 0,10 per mese di attività)

dal |_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_| **ASL** _____

dal |_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_| **ASL** _____

f. Servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina: (punti 0,05 per mese)

dal |_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_| presso _____

m.-Attività di specialista pediatra svolta a qualsiasi titolo presso strutture sanitarie pubbliche:

(punti 0,05 per mese di attività)

dal |_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_| presso _____

dal |_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_| presso _____

dal |_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_| presso _____

dal |_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_| presso _____

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

dal |_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_| presso _____

dal |_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_| presso _____

dal |_|_|_|_|_| al |_|_|_|_|_| presso _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Data _____ Firma del dichiarante (2) _____

(1) 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 dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento d'identità del dichiarante

ESENTE DA
IMPOSTA DI BOLLO

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà
(art. 47 DPR n. 445 del 28/12/2000)

In riferimento alla domanda di iscrizione alla graduatoria regionale per la **Pediatria di libera scelta** valida per l'anno 2017,

il sottoscritto Dr. _____ nato a _____

residente a _____ Via _____

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,

DICHIARA

che le **fotocopie** dei titoli allegati e sottoelencati, sono conformi agli originali in possesso del sottoscritto:

- | | |
|--------|---------|
| 1..... | 6..... |
| 2..... | 7..... |
| 3..... | 8..... |
| 4..... | 9..... |
| 5..... | 10..... |

Data

Firma *

* La firma non è soggetta ad autenticazione se apposta in presenza del dipendente competente a ricevere la documentazione. Nel caso in cui la domanda di iscrizione alla graduatoria venga spedita dovrà essere allegata copia fotostatica di documento di identità in corso di validità del sottoscrittore. La mancanza di sottoscrizione comporta la nullità della dichiarazione sostitutiva.

(Si suggerisce, onde evitare disguidi, di firmare e numerare le fotocopie allegate)

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Ai sensi dell'art.21 DPR 445/2000 io sottoscritto _____ dipendente regionale, certifico che la suddetta dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal dichiarante, della cui identità mi sono accertato a mezzo di _____ (estremi documento).

Data, _____

Firma

AVVERTENZE GENERALI.

1. I medici che aspirano ad essere inseriti nella graduatoria devono possedere, alla data di scadenza dei termini per la presentazione della domanda, i seguenti requisiti:
 - diploma di laurea in medicina e chirurgia;
 - iscrizione all'Albo professionale;
 - possesso del diploma di specializzazione in una delle seguenti discipline: pediatria, clinica pediatrica, pediatria e puericultura, patologia clinica pediatrica, patologia neonatale, puericultura, pediatria preventiva e sociale.
2. I medici già inseriti nella graduatoria regionale valevole per il 2016 devono presentare domanda di integrazione dei titoli aggiuntivi rispetto a quelli precedentemente presentati.
3. Titoli accademici, di studio e di servizio. Come previsto dall'art.15 della legge 183/2011 e dalla direttiva n.14/2011 del Ministro della pubblica amministrazione e della semplificazione, **i certificati sono sostituiti dalle dichiarazioni sostitutive di certificazione o dall'atto di notorietà.**
 - a) per i titoli accademici e di studio, dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell'art.46 del DPR 445/2000 (Allegato A alla domanda);
 - b) per i titoli di servizio, dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, ai sensi dell'art.47 del DPR n. 445/2000, (Allegato B alla domanda), ovvero dichiarazione sostitutiva di notorietà con cui si attesta che la documentazione allegata è conforme all'originale (Allegato C alla domanda).

Le dichiarazioni sostitutive di cui al punto b) se non sottoscritte in presenza del funzionario ricevente, devono essere spedite unitamente a fotocopia di un documento d'identità in corso di validità.

Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere.

4. **I pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato non possono fare domanda di inserimento nella graduatoria (art. 15 comma 11 ACN per la Pediatria di libera scelta)**
 5. La domanda, **in bollo**, deve essere spedita con Raccomandata A.R. entro il 31/01/2016 (a tal fine fa fede il timbro postale) oppure presentata all'ufficio Protocollo dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 13 - Viale Aldo Moro n. 21 Bologna - settimo piano. La mancata sottoscrizione della domanda o della dichiarazione sostitutiva, la spedizione o consegna oltre il termine del 31/01/2016, comportano l'esclusione dalla graduatoria.
- La domanda e le dichiarazioni sostitutive devono essere compilate in modo leggibile. L'omissione o l'incompletezza dei dati potranno comportare la non attribuzione dei relativi punteggi.
6. Ai fini della graduatoria sono valutabili solo i titoli posseduti al 31/12/2015.
 7. I medici che presentano domanda per la prima volta devono barrare la voce "primo inserimento"; tutti gli altri devono barrare la voce "integrazione titoli".
 8. Per eventuali informazioni è possibile rivolgersi al Servizio Assistenza Territoriale: Grossi Daniela e Odorici Cinzia ai seguenti numeri telefonici 051/5277293–051/5277294;
 - indirizzi e-mail dgrossi@regione.emilia-romagna.it; codorici@regione.emilia-romagna.it;
 - indirizzo PEC: segrdistrettisan@postacert.regione.emilia-romagna.it

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

Ai sensi dell'art. 13 del D.L.gs 30 giugno 2003, n. 196 e 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 Amministrazione della formazione della graduatoria regionale;
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 Emilia-Romagna;
5. L'art. 7 del citato D.L.gs Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento;
6. Titolare del trattamento dei dati è la Regione Emilia Romagna, responsabile è il Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'integrazione dell'Assessorato Regionale alle Politiche per la Salute.