



REGIONE CAMPANIA

PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA GRADUATORIA REGIONALE ANNO 2014 VALEVOLE PER L' ANNO 2015

RACCOMANDATA A.R.

IMPOSTA DI BOLLO

REGIONE CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE PER LA TUTELA DELLA
SALUTE ED IL COORDINAMENTO DEL SISTEMA
SANITARIO REGIONALE
CENTRO DIREZIONALE DI NAPOLI
ISOLA C/3
80143 NAPOLI

Il/La sottoscritto/a DOTT./SSA _____
Nato a _____ Prov. _____ il _____
codice fiscale _____ Comune di residenza _____
Prov. _____ Indirizzo _____ n° _____
C.A.P. _____ n.° Tel. _____
Iscritto all'Ordine dei Medici della provincia di _____

CHIEDE

secondo quanto previsto dall'art. 15 dell'A.C.N. per la Pediatria di Libera Scelta del 15 dicembre 2005 s.m.i., di essere inserito nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta anno 2014 valevole per l'anno 2015

ACCLUDE

- ☐ N. ... dichiarazioni sostitutive di certificazione (autocertificazione)
- ☐ N. ... dichiarazioni sostitutive dell'atto notorio
- ☐ Autorizzazione al trattamento dati personali

DATA...../...../.....

FIRMA

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
AUTOCERTIFICAZIONE**

Il/La sottoscritto/a DOTT./SSA Cognome Nome
C. F.

ai sensi e agli effetti dell'art. 2 della legge 4 gennaio 1968, n. 15 come modificato e integrato dall'art. 1 del D.P.R. n. 403 del 20 ottobre 1968 recante il regolamento di attuazione degli articoli 1,2 e 3 della legge 15 maggio 1997, n. 127, in materia di semplificazione delle certificazioni.

DICHIARA

1. Di essere iscritto all'Ordine dei medici della provincia di _____ dal _____
2. Di essere stato iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____
dal _____ al _____ e all'Ordine dei Medici della Provincia di _____
dal _____ al _____
3. Di essere in possesso di diploma di laurea di medicina e chirurgia conseguito presso l'Università
di _____ in data _____ con voto _____
4. Di essere in possesso della specializzazione o libera docenza in pediatria:

specializzazione/libera docenza in _____ conseguita il
_____ presso _____ con voti _____

specializzazione/libera docenza in _____ conseguita il
_____ presso _____ con voti _____
5. Di aver svolto il servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile dopo il conseguimento
del diploma di laurea in medicina dal _____ al _____
presso _____
6. Di essere in possesso del tirocinio abilitante svolto ai sensi della Legge n. 148 del 18 Aprile 1975
conseguito il _____ presso _____
7. Di essere in possesso del titolo di animatore di formazione riconosciuto dalla Regione
conseguito il _____ presso _____
8. Di aver optato per il rapporto di lavoro dipendente ai sensi della Legge 423/93 e di aver
esercitato come pediatra di libera scelta nell'ambito territoriale.....,con sede
principale di ubicazione dello studio in Via/Piazza.....

DICHIARA CHE LE NOTIZIE SOPRA RIPORTATE CORRISPONDONO AL VERO. (1)

Data/...../.....

Firma del dichiarante
(Non soggetta ad autenticazione)

(1) Ai sensi dell'art. 26 della Legge 4 gennaio 1968, n. 15 e successive modificazioni e integrazioni e 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.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Il/La sottoscritto/dr.ssa /dr. Cognome Nome
C. F.

ai sensi e agli effetti dell'art. 2 della legge 4 gennaio 1968, n. 15 come modificato e integrato dall'art. 1 del D.P.R. n. 403 del 20 ottobre 1968 recante il regolamento di attuazione degli articoli 1,2 e 3 della legge 15 maggio 1997, n. 127, in materia di semplificazione delle certificazioni amministrative.

Dichiara di essere in possesso dei seguenti titoli di servizio:

(considerare l'attività svolta nell'anno 2013 o tutte le attività svolte se nuovo inserimento in graduatoria)

1. 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 decreto legislativo 502/92 e 517/93 compreso quella svolta in qualità di associato o di sostituto (0.60 punti per ciascuno mese)

dal _____	al _____	presso _____
dal _____	al _____	presso _____
dal _____	al _____	presso _____
n.ore _____	Medico _____	ASL _____
n.ore _____	Medico _____	ASL _____

2. Attività di sostituzione per attività sindacale (0,60 per mese di attività):

dal _____	al _____	medico _____	ASL _____
dal _____	al _____	medico _____	ASL _____
dal _____	al _____	medico _____	ASL _____

3. Attività professionale svolta presso strutture sanitarie pubbliche (0,05 punti per mese di attività)

dal _____	al _____	Struttura _____
dal _____	al _____	Struttura _____
dal _____	al _____	Struttura _____
dal _____	al _____	Struttura _____

4. 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 e di assistenza primaria, in forma attiva (0.10 punti per ogni mese ragguagliato a 96 ore di attività);

Per la compilazione vedi allegato "A".

5. Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni e dalle Aziende (0.10 punti per ciascun mese di attività);

dal _____ al _____ A.S.L. _____
dal _____ al _____ A.S.L. _____
dal _____ al _____ A.S.L. _____

6. Attività di specialista pediatra svolta all'estero ai sensi della legge 9 febbraio 79, n. 38, della legge 10 luglio 1960, n. 735, e successive modificazioni e del decreto ministeriale 1° settembre 1988, n. 430 (0.10 punti per mese di attività)

dal _____ al _____ presso _____
dal _____ al _____ presso _____
dal _____ al _____ presso _____

DICHIARA CHE LE NOTIZIE SOPRA RIPORTATE CORRISPONDONO AL VERO. (1)

Luogo Data/...../.....

Firma del dichiarante

(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.

(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 di un documento di identità del sottoscrittore.

ALLEGATO "A"

Dott. Cognome _____ Nome _____

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 o nell'emergenza sanitaria territoriale e di assistenza primaria, in forma attiva (0,10 punti per mese ragguagliato a 96 ore mensili di attività)*

ANNO

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 _____

ANNO

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 _____

LUOGO DATA/...../.....

FIRMA DEL DICHIARANTE

** per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare il presente allegato "A"*

AVVERTENZE ED ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE

I pediatri che aspirano ad essere inseriti nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta devono possedere alla data del 31 dicembre 2013 i seguenti requisiti :

- **Iscrizione all'Albo professionale**
- **Essere in possesso del diploma di specializzazione o attestato di libera docenza in una delle seguenti discipline :**
 1. Pediatria
 2. Clinica pediatrica
 3. Pediatria e puericultura
 4. Patologia clinica pediatrica
 5. Patologia neonatale
 6. Puericultura
 7. Pediatria preventiva e sociale
 8. Neonatologia

La domanda, in regola con le vigenti norme in materia di imposta di bollo, deve essere spedita a mezzo raccomandata entro e non oltre il **31 gennaio 2014** al seguente indirizzo:

REGIONE CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE PER LA TUTELA DELLA SALUTE ED IL COORDINAMENTO DEL SISTEMA
SANITARIO REGIONALE
CENTRO DIREZIONALE DI NAPOLI
ISOLA C/3
80143 NAPOLI

Per l'accoglimento della domanda farà fede il timbro postale.

Ai fini della graduatoria sono valutati solo i titoli di servizio posseduti alla data del 31 dicembre 2013.

Il medico che sia già stato iscritto nella graduatoria regionale valida per il periodo, deve dichiarare solo il possesso dei titoli di servizio acquisiti nel corso dell'anno precedente nonché di eventuali titoli di servizio non presentati nella graduatoria valida per il periodo.

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

Ai sensi dell'art. 10 della legge 31 dicembre 1996, n. 675 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 di pediatria di libera scelta per l'anno 2014;
- 2) il trattamento viene effettuato avvalendosi di strumenti 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 Campania e sul sito internet all'indirizzo www.regione.campania.it
- 5) l'art. 13 della citata legge 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 Campania.

Autorizzazione al trattamento dei dati personali

Il sottoscritto _____ autorizza la Regione Campania al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196.

Data/...../.....

Firma