REGIONE CAMPANIA

PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA GRADUATORIA REGIONALE ANNO 2017 VALEVOLE PER L'ANNO 2018

SPAZIO RISERVATA AL 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 _____
E- mail_____

CHIEDE

secondo quanto previsto dall'art. 15 dell'A.C.N. per la Pediatria di Libera Scelta del 29 luglio 2009 s.m.i., di essere inserito nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta anno 2017 valevole per l'anno 2018

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 2016 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 2016 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 pec entro e non oltre il **31 gennaio 2017** al seguente indirizzo**: pediatria@pec.regione.campania.it**

Per l'accoglimento della domanda farà fede la data di spedizione della pec.
Ai fini della graduatoria sono valutati solo i titoli di servizio posseduti alla data del 31 dicembre 2016.

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 2017;

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*