



REGIONE CAMPANIA

PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA
GRADUATORIA REGIONALE ANNO 2019
VALEVOLE PER L' ANNO 2020**

MARCA DA BOLLO

Regione Campania
Assessorato alla Sanità
Direzione generale per la tutela della salute ed il
coordinamento del sistema sanitario regionale
Napoli
pec: pediatria@pec.regione.campania.it
(l'invio deve avvenire esclusivamente tramite pec)

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. 15 dell'A.C.N. per la pediatria di libera scelta 15/12/2005 e s.m.i.,

chiede

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

dichiara

- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta;

- 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 _____

(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 equipollente (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 ___/___/___;

_____ 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 7 delle "Avvertenze Generali");
- ▣ di essere in possesso della Patente Europea per l'utilizzo del PC conseguita il ___/___/___ presso _____;
- ▣ 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.....
- ▣ 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 della "quota A" 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 ai sensi dell'articolo 48 della Legge 23 dicembre, 1978, n.833, e dell'articolo 8, comma 1, del D.lgs.30 dicembre 1992, n.502 e sm.i., 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	
_____	dal ___/___/___ al ___/___/___	
Azienda _____	pediatra	
_____	dal ___/___/___ al ___/___/___	
Azienda _____	pediatra	
_____	dal ___/___/___ al ___/___/___	
Azienda _____	pediatra	
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 _____
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 _____
Data _____ Firma _____		

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

Servizio di medico incaricato di assistenza primaria:

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

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 _____
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 _____

Data _____

Firma _____

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 _

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _

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 _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

Data

Firma

La sottoscritta dichiara di aver usufruito di astensione anticipata o di astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio nei seguenti periodi: dal ___/___/___ al ___/___/___ presso Azienda _____

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

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

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 propria 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 infantile

Possono 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. 15, 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