

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA GRADUATORIA REGIONALE DI
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA VALIDA PER L'ANNO _____

Apporre
marca da
bollo da
Euro16,00
e barrare

Alla REGIONE LAZIO
Direzione Regionale Salute e Integr. Sociosanitaria
Area Risorse Umane e del Potenziale di Sviluppo
delle Professioni e della Dirigenza GR/11/23
Via Rosa Raimondi Garibaldi, 7 – 00145 Roma

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
prov. _____ Il _____ sesso: M sesso: F
codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____
indirizzo: _____ n. _____
CAP _____ tel. _____ ASL residenza _____
Indirizzo e-mail _____

C H I E D E

di essere inserito nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta valida per l'anno _____

A C C L U D E

N..... *dichiarazioni sostitutive di certificazione (autocertificazione)*

N..... dichiarazioni sostitutive dell'atto notorio

Data _____

Firma _____
(Ai fini della validità della domanda)

N.B. ALLEGARE FOTOCOPIA DOCUMENTO D'IDENTITA' VALIDO

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 di scadenza del termine per la presentazione della domanda (31 gennaio) i seguenti requisiti :

- **Iscrizione all'Albo Professionale.**
- **Essere in possesso del diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti:**
 1. pediatria;
 2. clinica pediatrica;
 3. pediatria e puericoltura;
 4. patologia clinica pediatrica;
 5. patologia neonatale;
 6. puericoltura;
 7. pediatria preventiva e sociale.

La domanda, in regola con le vigenti leggi in materia di imposta di bollo, deve essere spedita a mezzo raccomandata o consegnata a mano entro e non oltre **il 31 gennaio** alla Regione

Per l'accoglimento della domanda farà fede il timbro postale o il timbro apposto dall'ufficio protocollo se consegnata a mano.

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

Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità della dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio, il medico può trasmettere una copia fotostatica, anche non autenticata, dei certificati di servizio di cui sia già in possesso.

Il medico già iscritto nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta , deve dichiarare soltanto gli ulteriori titoli acquisiti nel corso dell'ultimo anno, o eventuali titoli mai presentati nelle precedenti domande. Per eventuali informazioni è possibile rivolgersi ai seguenti numeri telefonici 06/51683184 – 06/51685475 – 06/51685762 .

FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA REGIONALE DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
VALIDA PER IL PERIODO:

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
- AUTOCERTIFICAZIONE -

Il sottoscritto Dott. Cognome..... Nome.....

ai sensi e agli effetti dell' art. 46 del DPR 28 Dicembre 2000, n. 445 e successive modificazioni
ed integrazioni, in materia di dichiarazioni sostitutive di certificazioni

D I C H I A R A

Di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di..... dal.....

Di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università
di..... in data..... con voto.....

A11) Specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi del D.M. 10 marzo '83 tab. B
e successive integrazioni (4,00 punti)
conseguita il.....presso.....

A12) Specializzazione in discipline affini alla pediatria ai sensi del D.M. 10 marzo '83 tab. B e
successive integrazioni (2,00 punti)
conseguita il.....presso.....

A12b) Libere docenze in pediatria o discipline equipollenti ai sensi del D.M. 10 marzo '83 tab.
B e successive integrazioni (2,00 punti)
conseguita il.....presso.....

A12c) Libere docenze in discipline affini alla pediatria ai sensi del D.M. 10 marzo '83 tab. B e
successive integrazioni (1,00 punti)
conseguita il.....presso.....

A13) Specializzazioni o libere docenze in discipline diverse (0,20 punti)
conseguita il.....presso.....

B17) 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.....

A14) Di essere in possesso del tirocinio abilitante svolto ai sensi della Legge n. 148 del 18 aprile 1975 conseguito il..... presso.....

A15) Di essere in possesso del titolo di animatore di formazione riconosciuto dalla Regione conseguito il..... presso.....

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero. (1)

Data.....

Firma del dichiarante.....

(Non soggetta ad autenticazione)

(1) Ai sensi degli art. 75 e 76 del DPR 28 Dicembre 2000, n. 445 e successive modificazioni ed integrazioni, 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.

FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA REGIONALE DI PEDIATRIA DI LIBERA
SCELTA VALIDA PER IL PERIODO:

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

**Esente da
Imposta di bollo**

Il sottoscritto Dott. Cognome..... Nome.....

ai sensi e agli effetti degli art. 47 e 48 del DPR 28 Dicembre 2000, n. 445 e successive
modificazioni ed integrazioni, in materia di dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà

D I C H I A R A

DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI TITOLI DI SERVIZIO

B51) 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 mese di attività);

dal..... al..... presso.....
dal..... al..... presso.....
dal..... al..... presso.....
dal..... al..... presso.....
dal..... al..... presso.....

B51) Attività di sostituzione per attività sindacale (0,60 punti per mese ragguagliato a 96 ore di
attività);

dal..... al.....medico♦A.S.L.....
dal..... al.....medico.....A.S.L.....
dal..... al.....medico.....A.S.L.....

♦ inserire il nome del medico sostituito

B55) Attività di specialista pediatra svolta a qualsiasi titolo presso strutture sanitarie pubbliche. (0,05 punti per mese di attività)

dal..... al.....Struttura.....
dal..... l.....Struttura.....
dal..... al.....Struttura.....

B52) 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 mese ragguagliato a 96 ore di attività) ****** vedi allegato A per la compilazione ******

B53) Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche, organizzate dalle Regioni o dalle UU.SS.LL. (0.10 per mese)

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

B54) 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 e data..... (2) Firma del dichiarante.....

(1) Ai sensi degli art. 75 e 76 del DPR 28 Dicembre 2000, n. 445 e successive modificazioni ed integrazioni, le dichiarazioni mendaci e la falsità negli 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 – comma 3 – del DPR 28 Dicembre 2000, n. 445 e successive modificazioni ed integrazioni, la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica, ancorchè non autenticata, 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, di continuità assistenziale o nell'emergenza sanitaria territoriale in forma attiva.(0.10 per mese ragguagliato a 96 ore mensili di attività)*

A N N O

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.....

* per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare una o più volte l'allegato “ A “.

A N N O

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.....

Firma.....

Informativa resa all'interessato per il trattamento di 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 valida per il periodo :*
- 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 ;*
- 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*