

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA GRADUATORIA REGIONALE DI
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA VALIDA PER IL PERIODO:

Marca da bollo
€ 14,62

Alla Regione Lazio

Dipartimento Programmazione Economica e
Sociale
Direzione Regionale Programmazione e
Risorse del SSR
Area Risorse Umane e Formazione 07/05
Via Rosa Raimondi Garibaldi n. 7
00145 – ROMA-

// *sottoscritto*
Dott. _____

Nato _____ a _____ Prov. _____
il _____

Codice Fiscale _____ Comune _____ di
residenza _____

Prov. _____ Indirizzo _____
n. _____

C.A.P. _____ n. Tel. _____

CHIEDE

di essere inserito nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta valida per il
periodo:

ACCLUDE

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

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

N..... certificati

Data.....

Firma.....

CAPITOLO 2

CAPITOLO 3

CAPITOLO 4

CAPITOLO 5 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.....

C.F.

ai sensi e agli effetti dell' art. 4 della legge 4 gennaio 1968, n. 15 come modificato e integrato dall'art. 2 del D.P.R. n. 403 del 20 ottobre 1998 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

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 (0.20 punti per mese di attività);

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

2. Attività di sostituzione per attività sindacale (0.20 per mese 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

3. Attività professionale svolta presso strutture sanitarie pubbliche (0.05 punti per mese di attività)
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, di continuità assistenziale o nell'emergenza sanitaria territoriale in forma attiva (0.10 punti per mese ragguagliato a 96 ore di attività) ****** vedi allegato A per la compilazione ******
5. 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.....
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 e data..... (2) Firma del dichiarante.....

(1) Ai sensi dell'art. 26 della legge 4 gennaio 1968, n. 15 e successive modificazioni e 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. 2 – comma 11 – della legge 16 giugno 1998, n.191, 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.

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*

7. Di essere in possesso del tirocinio abilitante svolto ai sensi della Legge n. 148 del 18 aprile 1975 conseguito il..... presso.....
8. 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 dell'art. 26 della Legge 4 Gennaio 1968, n.15 e successive modificazioni e 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.

CAPITOLO 7 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 o attestato di libera docenza in una delle seguenti discipline:**
 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 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 nonché di eventuali titoli di servizio non presentati nella graduatoria valida per il periodo:.

ALLEGATO " A "

Dott. Cognome.....
 Nome.....

C. F.....

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.....		

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

Settembre dal..... al.....
ore.....
Ottobre dal..... al.....
ore.....
Novembre dal..... al.....
ore.....
Dicembre dal..... al.....
ore.....

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.....