



REGIONE BASILICATA

DOMANDA ANNUALE DI INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA REGIONALE DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA - ANNO 2023

*Marca Bollo
€ 16,00*

*Agenzia delle Entrate
18/02/2010, prot. 954, 19608/2010*

Regione Basilicata
Dipartimento Politiche della Persona
Via Vincenzo Verrastro, 9
85100 POTENZA

RACCOMANDATA A/R.

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

Prov. il _____ M F C.F.

Comune di residenza _____ Provincia _____

Indirizzo _____ n. _____ CAP

Tel. _____ cell. _____ email _____

Pec _____

CHIEDE,

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

Primo inserimento

Integrazione

nella graduatoria regionale per la pediatria di libera scelta, a valere per l'anno 2023.

A tal fine dichiara di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta.

Acclude alla presente la seguente documentazione:

- Dichiarazione sostitutiva di certificazione (Allegato A);
- Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (Allegato B);
- Dichiarazione informativa (Allegato I);
- Copia fotostatica documento di riconoscimento in corso di validità;

Chiede che ogni comunicazione in merito venga indirizzata presso:

- la propria residenza
 il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ provincia _____

indirizzo _____ n. _____ CAP _____

Data _____

* firma per esteso _____

**Ai sensi dell'art.38, comma 3, D.P.R. 445/2000 la firma non è soggetta ad autenticazione se inviata unitamente alla fotocopia, ancorché non autenticata, di un proprio documento di identità in corso di validità.*

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(art. 46 DPR n. 445 del 28/12/2000)

ALLEGATO A

Il sottoscritto Dott. C.F.

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 iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di dala tutt'oggi;
- Di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di in data/...../..... con voto/.....;
- 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/...../..... con voto/.....; 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):
 - a) conseguita il/...../..... presso l'Università di con frequenza dal/...../..... al/...../.....
 - b) 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 6 delle "Avvertenze Generali")
- Di essere in possesso della Patente Europea per l'utilizzo del PC conseguita in data ____|____|____ presso (cfr. punto 7 delle "Avvertenze Generali")
- 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 medici che beneficiano delle sole prestazioni della "quota A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM).

Data _____

firma per esteso _____

Il sottoscritto Dott. C.F.

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. 46 e dell'art. 47 del d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445:

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 s.m.i., con incarico a tempo indeterminato o provvisorio e per attività di sostituzione:

(punti 1,10 per mese di attività)

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 _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ pediatra _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ pediatra _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ pediatra _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ pediatra _____

2. Attività di sostituzione per attività sindacale del pediatra di libera scelta titolare:

(punti 1,10 per mese ragguagliato a 96 ore di attività)

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 _____

3. Servizio in forma attiva nella medicina dei servizi o svolto, anche a titolo di sostituzione, nei servizi di guardia medica, di continuità assistenziale, nell'emergenza sanitaria territoriale, di assistenza primaria.

*(0.10 punti per mese ragguagliato a 96 ore di attività) **** vedi allegato C per la compilazione *****

4. Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende : (punti 0,10 per mese di attività)

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____
dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____
dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____
dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____
dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____

5. Servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina: (0,10 punti per mese)

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

6. 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.i. 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 _____
dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____
dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

(*Il servizio deve essere attestato con certificati, in originale o copia conforme all'originale, sottoscritti dal legale rappresentante dell'Ente, con allegata la traduzione in lingua italiana certificata, vistati 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, D.Lgs. 112/1998) è necessario allegare copia di detto provvedimento.

7. Attività di specialista pediatra svolta a qualsiasi titolo presso strutture sanitarie pubbliche non espressamente contemplate nei punti che precedono: (0.05 punti per mese di attività)

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____
dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____
dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____
dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

Decreto Legislativo n. 151/2001 art.22 – commi 3 e 5 - "Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell'art. 15 della Legge n. 53/2000".

Astensione anticipata o astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio durante il periodo di incarico nell'area della medicina generale (fino a un massimo di mesi cinque per ogni evento).

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso Azienda _____
dal ____/____/____ al ____/____/____ presso Azienda _____

Il sottoscritto dichiara inoltre:

- di non avere avere subito provvedimenti di revoca del rapporto convenzionale di medico di medicina generale. 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 per esteso _____ (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, comma 3, D.P.R. 445/2000 la firma non è soggetta ad autenticazione se inviata unitamente alla fotocopia, ancorché non autenticata, di un proprio documento di identità in corso di validità.

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

AziendaDistretto n.

Indirizzo

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.....

N.B. per le sostituzioni inferiori ai 3 gg. che il pediatra titolare non comunica all'Azienda avvalendosi della facoltà di cui all'art. 36 c.1 dell'ACN, si consiglia vivamente di farsi rilasciare dallo stesso l'attestazione di avvenuta sostituzione con l'indicazione precisa delle date di inizio e fine periodo, da conservare ed esibire all'Amministrazione regionale in caso di controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di cui al Testo Unico 445/2000.

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

**DICHIARAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)**

Il sottoscritto Dott.

nato a..... il..... residente in

Via/Piazza..... n..... iscritto all'Albo

dei..... della Provincia di

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000 e s.m.i.

Dichiara formalmente di

1. essere/non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incarico o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):

Soggetto..... ore settimanali

Via..... Comune di

Tipo di rapporto di lavoro

Periodo: dal.....

2. essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di medicina generale ai sensi del D.P.R. con massimale di n°..... scelte

Periodo: dal

3. essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato: (2)

A.S.L. branca..... ore sett.....

A.S.L..... branca..... ore sett.....

4. essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)

Provincia..... branca.....

Periodo: dal.....

5. essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione..... o in altra Regione (2):

Regione..... A.S.L..... ore sett.....

in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

6. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art.43 L. 833/78: (2)

Organismo..... ore sett.

Via..... Comune di

Tipo di attività.....

Tipo di rapporto di lavoro.....

Periodo: dal.....

7. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art.43 L.833/78: (2)

Organismo..... ore sett.....

Via..... Comune di

Tipo di attività.....

Tipo di rapporto di lavoro.....

Periodo: dal.....

8. svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:

Azienda..... ore sett.....
Via..... Comune di.....
Periodo: dal.....

9. svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'A.S.L. di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)

A.S.L. Comune di.....
Periodo: dal.....

1. fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:

Periodo: dal.....

11. svolgere/non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

.....
.....

Periodo: dal.....

12. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi soggetto pubblico (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn.1,2,3, o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn.4,5,6):

Soggetto pubblico.....
Via..... Comune di
Tipo di attività.....
Tipo di rapporto di lavoro:.....
Periodo: dal.....

13. essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a carico di: (2)

.....
.....

Periodo: dal.....

14. fruire/non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita: (2)

soggetto erogante il trattamento di adeguamento.....

.....
Periodo: dal.....

NOTE _____

Data _____

Firma (3) _____

(1) Cancellare la parte che non interessa

(2) Completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE".

(3) Ai sensi dell'art.38, comma 3, D.P.R. 445/2000 la firma non è soggetta ad autenticazione se inviata unitamente alla fotocopia, ancorché non autenticata, di un proprio documento di identità.

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 (31 gennaio), 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	- puericoltura
- neonatologia	- puericoltura ed igiene infantile
- pediatria e puericoltura	- puericoltura, dietetica infantile ed assistenza sociale dell'infanzia
- pediatria preventiva e puericoltura	- puericoltura e dietetica infantile
- pediatria preventiva e sociale	
- pediatria sociale e puericoltura	

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. La mancata autocertificazione dell'iscrizione all'Ordine dei Medici comporta l'esclusione dalla graduatoria. Possono presentare annualmente allegati integrativi dei titoli aggiuntivi rispetto a quelli precedentemente presentati.
4. La domanda, in bollo, deve essere prodotta all'Assessorato regionale alla Sanità con modalità Raccomandata A.R. entro il 31 gennaio di ogni anno.
5. La mancata sottoscrizione della domanda o della dichiarazione sostitutiva, la sottoscrizione delle dichiarazioni non corredate dal documento di riconoscimento in corso di validità, 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.

Ai fini dell'attribuzione del relativo punteggio, le dichiarazioni sostitutive allegate devono essere tali da poterne consentire la valutazione e non si terrà conto di quelle dalle quali non è possibile dedurre i dati di valutazione o altre informazioni utili ai fini degli accertamenti di cui al DPR 445/2000 e s.m.i..

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) da allegare alla domanda di partecipazione in originale o in copia legale o autenticata ai sensi di legge.
8. La conoscenza dei principali programmi informatici deve essere documentata dalla certificazione ECDL da allegare alla domanda di partecipazione in originale o in copia legale o autenticata ai sensi di legge.
9. 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 formazione specifica in medicina generale conseguito ed autocertificato perentoriamente entro il 15 settembre del corrente anno come da comunicazione da inviare via PEC al seguente indirizzo: sanita@cert.regione.basilicata.it.

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI 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 2021. 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 Basilicata.
- Titolare del trattamento dei dati è l'Ente Regione Basilicata.
- Responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente dell'Ufficio Risorse Umane del SSR.

Si autorizza l'Amministrazione al trattamento dei propri dati personali.

Data ___/___/___

Firma_____