

AVVERTENZE GENERALI

1. Ai fini dell'inclusione nella graduatoria regionale valevole per l'anno **2015**, le domande, in regola con le vigenti leggi in materia di imposta di bollo, dovranno essere spedite a mezzo raccomandata A.R. all'Assessorato alla Sanità - Settore Organizzazione dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali - C.so Regina Margherita, 153 bis 10122 TORINO **entro e non oltre il 31 gennaio 2014**. Per l'accoglimento della domanda farà fede la data del timbro postale.
2. Le domande dovranno essere compilate **in modo chiaro e leggibile**, a caratteri stampatello o dattiloscritte: omissioni anche parziali potranno comportare la mancata attribuzione dei punteggi relativi.
3. **E' obbligatorio allegare alla domanda – da inviare con raccomandata - copia fotostatica non autenticata del documento d'identità in corso di validità del sottoscrittore.**
4. Ai fini della graduatoria, saranno valutabili solo i titoli posseduti alla data del 31.12.2013.
5. 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 i seguenti requisiti:
 - a) **Iscrizione all'albo professionale**
 - b) **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**
6. Per attività orarie è opportuno specificare dettagliatamente i periodi effettivi di attività con **le relative ore**.
7. Si rammenta che i **pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato ai sensi dell'Accordo Nazionale di Pediatria ex art.15 comma 11, non possono fare domanda di inserimento nella Graduatoria ma possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.**

Per eventuali informazioni è possibile rivolgersi dal *lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 12.30* a:

Caterina Attisano

tel. 011 432.3616

e-mail: caterina.attisano@regione.piemonte.it

**Formazione della graduatoria regionale di Pediatria di libera scelta
valida per l'anno 2015**

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione
Autocertificazione**

SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO

Il sottoscritto Dott. Cognome..... Nome.....
C.F. ALLEGARE LA FOTOCOPIA DEL CODICE FISCALE

ai sensi e agli effetti dell'art. 46 del D.P.R.28 dicembre 2000, n. 445

dichiara

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.....

DA RIEMPIRE A CURA DEL MEDICO

- Specializzazione in pediatria
discipline equipollenti
ai sensi del decreto ministeriale 10.3.83, tabella B, e successive integrazioni
(4,00 per ciascuna specializzazione)

conseguita il _____ con voto_____

- Specializzazioni in discipline affini alla pediatria
ai sensi del decreto ministeriale 10.3.83, tabella B, e successive integrazioni
(2,00 per ciascuna specializzazione)

conseguita il _____ con voto_____

- Specializzazioni o libere docenze in discipline diverse da quelle previste
nei punti precedenti
(0,20 per ciascuna specializzazione)

conseguita il _____ con voto_____

- Libere docenze in Pediatria o discipline equipollenti ai sensi del decreto
ministeriale 10.03.1983, tabella B, e successive integrazioni
(2,00 per ciascuna libera docenza)

conseguita il _____ con voto_____

- Libere docenze in Pediatria o discipline affini alla pediatria ai sensi del decreto
ministeriale 10.03.1983, tabella B, e successive integrazioni
conseguita il _____ con voto_____
(1,00 per ciascuna libera docenza)

- Tirocinio abilitante svolto ai sensi della legge n. 148 del 18.4.75 (0,30 punti)

conseguito il _____ presso _____

- Titolo di animatore di formazione riconosciuto dalla Regione (0,30 punti)

conseguito il _____ presso _____

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

Data.....

Firma (2)

(1) Ai sensi degli art. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000

(2) Ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 , la presente dichiarazione non necessita di autenticazione della firma e sostituisce le normali certificazioni richieste o destinate ad una Pubblica Amministrazione e ai gestori di pubblici servizi.

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

**Esente da
imposta di bollo**

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

Consapevole delle sanzioni Penali, previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 dichiara il possesso dei seguenti titoli di servizio

- Attività di specialista pediatra di libera scelta convenzionato ai sensi dell'art. 48 legge 833/78 e dell'art. 8 c. 1 D. L.vo 502/92 e 517/93 compresa quella svolta in qualità di associato o di sostituto (0,60 per ciascun mese)

dalal presso.....

- Attività di sostituzione per attività sindacale
(**0,60** per ciascun mese, ragguagliato a 96 ore)

dalal medico..... A.S.L.....ore

dalal medico..... ASL.....ore

- 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 e di **assistenza primaria** in forma attiva:
 (0,10 punti per mese ragguagliato a 96 ore di attività)
 (Per ciascun mese solare non può essere considerato un numero di ore superiore a quello massimo consentito dall'accordo nazionale relativo al settore)

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

- Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle A.S.L.
(0,10 per ciascun mese)

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

- Attività di **SPECIALISTA** pediatra svolta a qualsiasi titolo presso strutture sanitarie pubbliche non espressamente contemplate nei punti che precedono
(0,05 per ciascun mese)

dalal Struttura.....

- Servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina
(0,05 per ciascun mese)

dal al

- Attività di specialista pediatra svolta all'estero ai sensi della legge 9.2.79, n. 38, della legge 10.7.60, n. 735 e successive modificazioni, e del decreto ministeriale 1.9.88, n. 430
(0,10 per ciascun mese)

dal al

dal al

Il sottoscritto dichiara che non si trova in posizione di incompatibilità ai sensi dell'art. 17 comma 1 lett. J) dell'ACN.

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

Data.....

Firma del dichiarante **(2)**

(1) Ai sensi degli art. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000

(2) Ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 , la presente dichiarazione non necessita di autenticazione della firma e sostituisce le normali certificazioni richieste o destinate ad una Pubblica Amministrazione e ai gestori di pubblici servizi.

La dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

Informativa resa all'interessato per il trattamento di dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 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 unica regionale di pediatria valida per l'anno 2015 ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri reso esecutivo dalla Conferenza Stato-Regioni in data 29 luglio 2009
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

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

Data.....

Firma del dichiarante