

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA GRADUATORIA REGIONALE
DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA VALIDA PER L'ANNO 2018**

MARCA DA
BOLLO
€16.00

Alla Regione Piemonte
Assessorato Sanità, Livelli essenziali di
assistenza, Edilizia Sanitaria
Sistemi organizzativi e Risorse umane
del SSR
Corso Regina Margherita, 153 bis

10122 – TORINO

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa _____ M |_| F |_|

nat a _____ Prov. _____ il _____

Cittadinanza _____ Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Residente a _____ prov. _____ C.A.P. _____

Indirizzo _____ n. _____

Recapito telefonico _____ indirizzo e.mail _____

CHIEDE

ai sensi degli artt. 15 e 16 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i pediatri di libera scelta sottoscritto in data 15 dicembre 2005 e successivamente modificato ed integrato dall'Accordo Collettivo Nazionale sancito in Conferenza Stato – Regioni del 29 luglio 2009,

Primo inserimento

Aggiornamento

nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta, valida per l'anno **2018**.

A tal fine dichiara di non essere titolare di incarico di pediatra convenzionato a tempo indeterminato.

Acclude alla presente, pena la non ammissibilità della domanda :

- dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.);
- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.);
- copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità e codice fiscale.**

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

la propria residenza ;

il domicilio sotto indicato :

c/o _____ Comune _____ Prov. _____

Indirizzo _____ n: _____ C.A.P. _____

Data.....

Firma per esteso ⁽²⁾.....

AVVERTENZE GENERALI PER LA COMPILAZIONE DELLA DOMANDA

- 1) I medici pediatri che aspirano ad essere inseriti nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta valida per l'anno **2018** devono possedere, alla data di scadenza dei termini per la presentazione della domanda (31 gennaio), i seguenti requisiti:
- **Diploma di laurea in medicina e chirurgia;**
 - **Iscrizione all'Albo Professionale;**
 - **Essere in possesso del diploma di specializzazione o attestato di libera docenza in una delle seguenti discipline:**
 - **Pediatria,**
 - **Clinica Pediatrica,**
 - **Pediatria e puericoltura,**
 - **Patologia clinica pediatrica,**
 - **Patologia neonatale,**
 - **Puericoltura,**
 - **Pediatria preventiva e sociale.**

Si ricorda che, la mancata autocertificazione del possesso dei requisiti suddetti comporta l'esclusione dalla graduatoria in caso di domanda di primo inserimento o dall'integrazione del punteggio in caso di domanda per la valutazione dei titoli.

- 2) I medici pediatri **già iscritti** nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta valevole per l'anno 2017, devono dichiarare soltanto i titoli aggiuntivi rispetto a quelli precedentemente presentati. I medici pediatri che presentano **domanda per la prima volta** devono barrare la voce " il primo inserimento"; tutti gli altri devono barrare la voce "l'integrazione dei titoli".
- 3) I medici pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato non possono presentare domanda di inserimento nella graduatoria (art. 15, comma 11, del vigente Accordo Collettivo Nazionale relativo al settore), ma possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti **solo per trasferimento**.
- 4) La domanda per l'inserimento nella graduatoria regionale valevole per l'anno **2018**, da presentare in bollo (euro 16,00) formulata secondo la modulistica di seguito allegata, dovrà essere spedita **a mezzo raccomandata A.R.** alla Regione Piemonte - Assessorato alla Sanità, Livelli essenziali di assistenza, Edilizia Sanitaria - Settore Sistemi organizzativi e Risorse umane del SSR - C.so Regina Margherita, 153 bis - 10122 TORINO **entro e non oltre il 31 gennaio 2018**. Per l'accoglimento della domanda farà fede la data del timbro postale. **IMPORTANTE: SULLA BUSTA INDICARE "GRADUATORIA PEDIATRIA"**.
- 5) La domanda può essere inviata anche tramite posta elettronica certificata (PEC), nel rispetto dell'art. 65, comma 1, del decreto legislativo n. 82 del 2005, al seguente indirizzo di posta: **sanita@cert.regione.piemonte.it** e debbono essere inderogabilmente "strutturate" nel modo seguente:
- esclusivamente file in formato .pdf;
 - file aventi singolarmente una dimensione non superiore ai 2MB
 - sottoscrizione con firma digitale (art. 21 D.lgs. n. 82/2005)
 - Il pagamento dell'imposta di bollo deve essere effettuata con le modalità previste per i documenti informatici, prescritte dal decreto del Ministero dell'Economia e Finanze 23 gennaio 2004.
 - L'oggetto dell'e-mail deve essere così formulato : Graduatoria regionale dei medici pediatri di libera scelta 2018 – Dott. (cognome e nome).

- 6) La domanda **deve essere compilata in modo chiaro e leggibile, a caratteri stampatello o dattiloscritte**: omissioni anche parziali potranno comportare la mancata attribuzione dei punteggi relativi. L'omessa sottoscrizione della domanda o della dichiarazione sostitutiva (di certificazione e di atto di notorietà) e la spedizione oltre il termine perentorio del 31 gennaio 2017 comportano l'esclusione dalla graduatoria in caso di primo inserimento o l'integrazione dei titoli per aggiornamento del punteggio.
- 7) Ai sensi dell'art. 15, comma 1, del richiamato Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera, la domanda di inserimento nella graduatoria va presentata una sola volta ed è valida fino a revoca da parte del pediatra.
- 8) I medici pediatri che acquisiscono la titolarità di un incarico di pediatria convenzionata a tempo indeterminato successivamente all'iscrizione nella graduatoria regionale dei medici pediatri di libera scelta vengono revocati d'ufficio.
- 9) L'amministrazione regionale non assume responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendente da inesatta indicazione del recapito da parte del medico pediatra, ovvero la mancata o tardiva comunicazione del cambiamento di recapito, ovvero per gli eventuali disguidi postali in ogni modo imputabili a caso fortuito o a forza maggiore.
- 10) **E' obbligatorio** allegare alla domanda – da inviare con raccomandata o p.e.c. - copia fotostatica non autenticata del **documento d'identità in corso di validità** del sottoscrittore e del **Codice Fiscale**.
- 11) Ai fini della determinazione del punteggio valido per la graduatoria, saranno valutabili solo i titoli accademici e di servizio posseduti alla data del **31.12.2016**.
- 12) Per le attività orarie è opportuno specificare **dettagliatamente** i periodi effettivi di attività con le relative ore. In caso di sostituzione, indicare l'ASL ed il nome del medico sostituito.
- 13) In attuazione del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. ("Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa"), nonché in conformità alle disposizioni regionali in materia, la struttura responsabile del procedimento procederà d'ufficio al controllo a campione delle dichiarazioni sostitutive prodotte dai pediatri.
- 14) Le graduatorie regionali (provvisoria e definitiva) sono consultabili sul sito www.regione.piemonte.it, Aree tematiche, Sanità, sezione "Bandi e avvisi".
- 15) Eventuali ulteriori informazioni potranno essere richieste *dal lunedì al venerdì dalle 9,00 alle 12.30* al seguente recapito: Dott.ssa Fiorella Cascella, tel. 011 432 2203, indirizzo e-mail : fiorella.cascella@regione.piemonte.it .

5) di essere in possesso della **specializzazione o libera docenza in discipline diverse** (*specificare*) da quelle previste nei punti precedenti _____ conseguita presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____;

(punti 0,20 per ciascuna specializzazione)

6) di essere in possesso della **Libera docenza** in :

a) **Pediatria o discipline equipollenti** _____, ai sensi del D.M. 10.03.1983 tab. B e successive integrazioni, conseguita presso l'Università degli Studi di _____ in data _____;

(punti 2,00 per ciascuna libera docenza);

b) **discipline affini alla pediatria** _____, ai sensi del D.M. 10.3.1983 tab. B e successive integrazioni, _____ conseguita presso l'Università degli Studi di _____ in data _____;

(punti 1,00 per ciascuna docenza)

7) di aver frequentato il tirocinio abilitante ai sensi della legge 18 aprile 1975, n. 148 dal _____ al _____ presso _____;

(punti 0,30)

8) di essere in possesso del titolo di animatore di formazione riconosciuto dalla Regione _____, conseguito in data _____ presso _____;

*(punti 0,30) **

9) di avere svolto il servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile dopo il conseguimento del Diploma di laurea in medicina e chirurgia dal _____ al _____ presso _____;

che le notizie sopra riportate corrispondono al vero ⁽¹⁾

Data.....

Firma per esteso ⁽²⁾.....

⁽¹⁾ Ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i..

⁽²⁾ Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i., le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica possono essere sottoscritte con firma non autenticata se vengono trasmesse unitamente a copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante.

dal _____ al _____ ore _____ medico (**) _____ A.S.L. _____;

(*) per inserire ulteriori periodi di attività di servizio, il medico può fotocopiare il prospetto, inserendo “/bis”, “/ter” ecc. accanto al numero della pagina

(**) Indicare il nome del medico sostituito.

3) **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 :

*(punti 0,10 per mese di attività, ragguagliato a 96 ore mensili di attività) **

(per ciascun mese solare non può essere considerato un numero di ore superiore a quello massimo consentito dal vigente Accordo Collettivo Nazionale relativo al settore)

Anno ASL

Gennaio dal _____ al _____ ore _____ Luglio dal _____ al _____ ore _____;

Febbraio dal _____ al _____ ore _____ Agosto dal _____ al _____ ore _____;

Marzo dal _____ al _____ ore _____ Settembre dal _____ al _____ ore _____;

Aprile dal _____ al _____ ore _____ Ottobre dal _____ al _____ ore _____;

Maggio dal _____ al _____ ore _____ Novembre dal _____ al _____ ore _____;

Giugno dal _____ al _____ ore _____ Dicembre dal _____ al _____ ore _____;

Anno.....ASL.....

Gennaio dal _____ al _____ ore _____ Luglio dal _____ al _____ ore _____;

Febbraio dal _____ al _____ ore _____ Agosto dal _____ al _____ ore _____;

Marzo dal _____ al _____ ore _____ Settembre dal _____ al _____ ore _____;

Aprile dal _____ al _____ ore _____ Ottobre dal _____ al _____ ore _____;

Maggio dal _____ al _____ ore _____ Novembre dal _____ al _____ ore _____

Giugno dal _____ al _____ ore _____ Dicembre dal _____ al _____ ore _____

(*) per inserire ulteriori periodi di attività di servizio, il medico può fotocopiare il prospetto, inserendo “/bis”, “/ter”... ecc. accanto al numero della pagina.

3.1 **Servizio effettivo** con incarico a tempo indeterminato o svolto, anche a titolo di sostituzione, nell'assistenza primaria:

*(punti 0,10 per mese di attività, ragguagliato a 96 ore mensili di attività) **

(per ciascun mese solare non può essere considerato un numero di ore superiore a quello massimo consentito dal vigente Accordo Collettivo Nazionale relativo al settore)

dal _____ al _____ ASL/medico _____ ore _____;

(*) per inserire ulteriori periodi di attività di servizio, il medico può fotocopiare il prospetto, inserendo “/bis”, “/ter”... ecc. accanto al numero della pagina.

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

dal _____ al _____ ASL _____;

dal _____ al _____ ASL _____;

dal _____ al _____ ASL _____;

(*) Idem come sopra.

5) Attività di **specialista pediatria** svolta a qualsiasi titolo presso strutture sanitarie pubbliche non espressamente contemplate nei punti che precedono:
(punti 0,05 per mese di attività)*

dal _____ al _____ presso _____;

(*) per inserire ulteriori periodi di attività di servizio, il medico può fotocopiare il prospetto, inserendo “/bis”, “/ter”... ecc. accanto al numero della pagina.

6) Attività di **specialista pediatria svolta all'estero**, ai sensi della legge 9 febbraio 1979, n. 38, della legge 10 luglio 1960, n. 735 e successive modificazioni, del D.M. 1° settembre 1988, n. 430.
(punti 0,10 per mese di attività)*

dal _____ al _____ presso _____;

dal _____ al _____ presso _____;

dal _____ al _____ presso _____;

(*) Idem come sopra.

7) 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 presso

Di non essere in posizione di incompatibilità ai sensi dell'art. 17, comma 1, lettera J del vigente Accordo Collettivo Nazionale relativo al settore.

che le notizie sopra riportate corrispondono al vero⁽¹⁾

Data.....

Firma per esteso⁽²⁾.....

⁽¹⁾ Ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i..

⁽²⁾ Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i., le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica possono essere sottoscritte con firma non autenticata se vengono trasmesse unitamente a copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante.

Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali

Con riferimento all'art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i. in relazione ai dati personali che si intendono trattare, si informa che :

- 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 **valida per l'anno 2018**.
- Il trattamento dei dati viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici.
- 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.
- I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte.
- L'art. 7 del citato decreto legislativo, Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei 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.
- Titolare del trattamento dei dati è la Regione Piemonte. La struttura responsabile del procedimento è il Settore Sistemi organizzativi e Risorse umane del SSR della Direzione Sanità, Assessorato Sanità, Livelli essenziali di assistenza, Edilizia sanitaria.

Si autorizza la Regione Piemonte al trattamento dei propri dati personali.

Data..... Firma per esteso ⁽²⁾

Da compilare, firmare obbligatoriamente solo in caso di invio tramite posta elettronica certificata (PEC)

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa Cognome _____ Nome _____

Dichiara :

di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo pari ad € 16,00 ; attestando di seguito i dati della marca da bollo utilizzata:

➤ data ed ora di emissione _____;

➤ Identificativo n. _____.

di aver apposto la marca da bollo sulla presente domanda e di averla annullata.

Data..... Firma per esteso ⁽²⁾

(2) Ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i., le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica possono essere sottoscritte con firma non autenticata se vengono trasmesse unitamente a copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante.