



U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE

Direttore: Dott. Gabriele Gatti

U.O.S. Medicina Convenzionata e Privati Accreditati e Controlli

Responsabile: Dott. Rossana Mori

Prot. n. 135555Verona, 10 agosto 2018OGGETTO: **Modulo domanda per l'inserimento nella graduatoria regionale predisposta ai fini del conseguimento degli incarichi nell'area della Pediatria di Libera Scelta, valida per l'anno 2019. Riapertura termini.****A mezzo Posta Elettronica Certificata**Ai Signori
DIRETTORI GENERALI
DIRETTORI AMMINISTRATIVI TERRITORIALI
delle Aziende UU.LL.SS.SS. del VenetoAi Signori PRESIDENTI
degli Ordini dei Medici delle Province del Veneto

e, p.c.

ALLA REGIONE DEL VENETO
Direzione Programmazione Sanitaria - LEA
U.O. Cure Primarie e Strutture Socio-Sanitarie Territ.li

La Norma transitoria n. 1 dell'Accordo Collettivo Nazionale di pediatria di libera scelta del 21.6.2018 prevede che **i pediatri che abbiano conseguito il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30.1.1998 e s.m.i. successivamente al 31 gennaio 2018 possano presentare domanda per l'inserimento nella graduatoria regionale, valida per l'anno 2019, entro il 15 settembre 2018.** La domanda deve essere corredata dall'autocertificazione del titolo nel frattempo acquisito e dei titoli accademici e di servizio posseduti alla data del 31 dicembre 2017.

Si trasmette, pertanto, in allegato, per la distribuzione ai medici pediatri interessati, il **MODULO** della domanda di iscrizione nella graduatoria regionale della Pediatria di Libera Scelta, valida **per l'anno 2019**, corredata delle "AVVERTENZE GENERALI" nonché delle relative dichiarazioni sostitutive (Allegati "A", "B", "C" e "D"), **da presentare entro il 15 settembre 2018 (termine perentorio) unicamente dai pediatri aventi titolo.**

Il modulo è altresì disponibile anche al seguente indirizzo internet www.aulss9.veneto.it, sezione "Concorsi e avvisi".

Si aggiunge, come riportato nelle "Avvertenze Generali" allegate al modulo di domanda, che la domanda di inclusione nella graduatoria regionale, indirizzata a:

Azienda ULSS n. 9 Scaligera – UOS Medicina Convenzionata e P. A. e C. – Via Valverde 42 – 37122 Verona

può essere consegnata a mano (solo c/o Ufficio Protocollo – Via Valverde, 42 – Verona) o inviata a mezzo raccomandata A/R, entro la stessa data. Farà fede, in quest'ultimo caso, la data del timbro postale di spedizione. La domanda può essere inviata anche a mezzo PEC (da trasmettere esclusivamente da indirizzo PEC nominativo personale del medico e indirizzata a: protocollo.aulss9@pecveneto.it). Non saranno accettate le domande trasmesse con modalità diverse da quelle sopra indicate (ad es. via fax, posta elettronica, ...).

Distinti saluti.

Il Responsabile dell'UOS Medicina Convenzionata e P. A. e C.
(Dott. Rossana Mori)

All. cit. - Copia: Servizio Affari Generali - Ufficio Protocollo



**A.C.N. PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI PEDIATRI DI LIBERA
SCELTA - INTESA DEL 15.12.2005 E S.M.I. - ART. 15
E DEL 21.6.2018 - NORMA TRANSITORIA N. 1**

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA GRADUATORIA REGIONALE DEL VENETO DI
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
ANNO 2019**

**RIAPERTURA TERMINI UNICAMENTE PER I PEDIATRI CHE HANNO CONSEGUITO IL DIPLOMA
DI SPEC.NE IN PEDIATRIA O DISCIPLINE EQUIP. DOPO LA SCADENZA DEL 31 GENNAIO 2018**

RACCOMANDATA A/R

o PEC (in tal caso compilare l'Allegato D)

Applicare qui la
marca da bollo
(€ 16,00) secondo le vigenti
disposizioni in materia

AZIENDA U.L.S.S. N. 9 SCALIGERA
UOS Medicina Convenzionata e P. A. e C.
VIA VALVERDE, 42
37122 VERONA
PEC: protocollo.aulss9@pecveneto.it

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa _____
nato/a _____ prov. (____)
il __/__/__, M F, codice fiscale [_____] Comune di
residenza _____ prov. (____)
Indirizzo _____ n. _____ CAP _____
Tel. _____/_____ ASL/ULSS di residenza _____
indirizzo email _____
PEC _____ (intestata al medico che presenta la domanda)

CHIEDE

secondo quanto previsto dalla Norma transitoria n. 1 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di Libera Scelta 21.6.2018, l'inserimento nella graduatoria regionale del Veneto valida per l'anno 2019.

A tal fine, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e s.m.i., sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere dall'art. 76 del succitato D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA DI

(DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE: **AUTOCERTIFICAZIONE**):

[N.B. compilare tutti i campi in maniera completa e in stampatello leggibile; barrare con una "X" le caselle interessate]

1. **non essere convenzionato a tempo indeterminato** per l'attività di **pediatra di libera scelta** alla data del **31/01/2018**;

2. aver conseguito la laurea in medicina e chirurgia, presso l'Università degli Studi di _____
 _____ in data ___/___/___ con voto _____/110 _____*;
 *se il voto di laurea non è espresso su 110 ma su 100, occorre specificarlo
3. aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale presso l'Università degli Studi di _____
 _____ anno _____ sessione _____;
4. aver ottenuto la prima iscrizione all'Ordine dei medici di _____
 _____ dal ___/___/___ al ___/___/___;
5. essere stato successivamente iscritto all'Ordine dei medici di:
 a) _____ dal ___/___/___ al ___/___/___;
 b) _____ dal ___/___/___ al ___/___/___;
6. essere in possesso del diploma di specializzazione in pediatria disciplina equipollente a
 pediatria (specificare) _____
 presso l'Università degli Studi di _____ in
 data ___/___/___ con voto _____/_____; se la specializzazione è stata conseguita ai
 sensi del D.L.vo n. 257/91 e del D.L.vo n. 368/99 come modificato dal D.L.vo n. 277/2003, dichiara
 anche il periodo di frequenza: dal giorno ___/___/___ al giorno ___/___/___;
7. aver svolto il servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile, dopo il conseguimento
 del diploma di laurea in Medicina: dal ___/___/___ al ___/___/___ c/o
 _____;
8. non avere avere subito provvedimenti di revoca o decadenza del rapporto
 convenzionale ai sensi dei rispettivi Accordi Collettivi Nazionali (in caso affermativo
 specificare la data di irrogazione effettiva della sanzione o la data di decadenza del
 rapporto convenzionale ___/___/___ e l'ASL che ha adottato il provvedimento
 _____);
9. di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali, ex art. 13 del
 Regolamento Europeo n. 679/2016, allegata al presente avviso;
10. di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs. N.
 196/2003 e del Regolamento Europeo n. 679/2016, ai fini della gestione della presente
 procedura e degli adempimenti conseguenti.

Alla presente domanda allega inoltre i seguenti documenti relativi ai titoli accademici, di studio
 e di servizio valutabili ai fini della graduatoria predetta, **maturati al 31/12/2017** (vedi
 Avvertenze Generali - "Modalità di documentazione dei titoli accademici, di studio e di
 servizio");

n. ___ **dichiarazione sostitutiva di certificazione (allegato A);**

n. ___ **dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (allegato B);**

n. ___ **dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (allegato C);**

n. ___ **certificazioni in originale rilasciate da Soggetti/Enti Privati o Esteri;**

**Alla suddetta documentazione va allegata n. 1 copia fotostatica di valido documento
 di identità.**

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata alla propria residenza al domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ prov. (____)

indirizzo _____ n. _____ CAP _____

Tel. _____/_____.

_____ data

_____ Firma per esteso e leggibile (1)

NOTA (1):

- La **firma** non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto.
- Nel caso in cui la domanda di iscrizione alla graduatoria regionale venga spedita a mezzo raccomandata A.R./PEC alla presente dichiarazione dovrà essere allegata copia fotostatica del documento di identità del medico interessato.
- La mancata sottoscrizione della domanda è motivo di esclusione dalla graduatoria.

AVVERTENZE GENERALI

ATTENZIONE: Ai sensi della Norma transitoria n. 1 dell'Accordo Collettivo Nazionale di pediatria di libera scelta, recepito con Intesa Stato-Regioni in data 21.6.2018, **SOLO i pediatri che abbiano conseguito il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30.1.1998 e s.m.i. successivamente al 31 gennaio 2018, possono presentare domanda per l'inserimento nella graduatoria regionale, valida per l'anno 2019, entro il 15 settembre 2018.**

La domanda deve essere corredata dall'autocertificazione del titolo nel frattempo acquisito e dei titoli accademici e di servizio posseduti alla data del **31 dicembre 2017**.

REQUISITI PER L'ACCESSO ALLA GRADUATORIA:

- 1) iscrizione all'Albo Professionale;
- 2) essere in possesso del diploma di specializzazione in Pediatria o discipline equipollenti come di seguito elencate:
 - Pediatria
 - Clinica pediatrica
 - Pediatria e puericultura
 - Puericultura
 - Pediatria preventiva e sociale
 - Neonatologia
 - Pediatria preventiva e puericultura
 - Pediatria sociale e puericultura
 - Puericultura e dietetica infantile
 - Puericultura ed igiene infantile
 - Puericultura, dietetica infantile e assistenza sociale dell'infanzia.

Ai fini dell'inclusione nella graduatoria regionale, valida per l'anno 2019, **i pediatri che abbiano conseguito il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i. successivamente al 31 gennaio 2018 possono presentare entro il termine perentorio del 15/09/2018, domanda debitamente compilata e sottoscritta come da schema allegato e in regola con le vigenti norme sull'imposta di bollo.**

La domanda, indirizzata all'**AZIENDA U.L.S.S. N. 9 - UOS MEDICINA CONVENZIONATA E P. A. E C. - VIA VALVERDE, 42 - 37122 VERONA**, può essere consegnata a mano (solo c/o Ufficio Protocollo - Via Valverde, 42 - Verona) o inviata a mezzo raccomandata A/R, entro la stessa data. Farà fede, in quest'ultimo caso, la data del timbro postale. La domanda può essere inviata anche a mezzo PEC (da trasmettere esclusivamente da indirizzo PEC nominativo personale del pediatra e indirizzata a: protocollo.aulss9@pecveneto.it). In tal caso leggere, compilare e spedire obbligatoriamente anche l'allegato D. Si rammenta che, ai fini dell'inserimento nella graduatoria, la domanda deve essere presentata annualmente.

COSTITUISCONO MOTIVI DI ESCLUSIONE DALLA PRESENTE PROCEDURA:

- 1) L' AVER ACQUISITO IL DIPLOMA DI SPECIALIZZAZIONE IN PEDIATRIA O DISCIPLINE EQUIPOLLENTI AI SENSI DELLA TABELLA B DEL D.M. 30 GENNAIO 1998 E S.M.I. ENTRO IL **31/01/2018**;
- 2) LA MANCANZA DELLA FIRMA NELLA DOMANDA;
- 3) LA MANCATA TRASMISSIONE IN ALLEGATO ALLA DOMANDA DI COPIA DI UN VALIDO DOCUMENTO DI IDENTITA' ;
- 4) L'OMESSA DICHIARAZIONE DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE DEI MEDICI (si ricorda che l'iscrizione all'Ordine dei Medici viene attestata dall'interessato compilando i punti 4 e 5 dell'Autocertificazione - che fa parte integrante della domanda di iscrizione alla graduatoria unica regionale - e che la stessa ha validità di 6 mesi);
- 5) LA MANCATA TRASMISSIONE DELLA DOMANDA ENTRO IL PREDETTO TERMINE PERENTORIO DEL **15/09/2018** CON LE MODALITÀ SOPRAELENCAATE.

MODALITA' DI DOCUMENTAZIONE DEI TITOLI ACCADEMICI, DI STUDIO E DI SERVIZIO

Ai sensi delle modifiche al D.P.R. 445/2000 introdotte dall'art. 15 della L. 183/2011, a decorrere dal 01.01.2012 le Amministrazioni Pubbliche non possono accettare certificazioni rilasciate da Amministrazioni Pubbliche o gestori di pubblici servizi, pena la mancata valutazione dei titoli oggetto della certificazione. Pertanto, per essere oggetto di valutazione, i titoli conseguiti presso una Amministrazione Pubblica o un gestore di Pubblico Servizio, devono essere obbligatoriamente autocertificati ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., con indicazione di tutti gli elementi per una corretta valutazione dei titoli stessi (vedi Allegati A e B).

I titoli conseguiti presso soggetti privati o esteri possono invece essere allegati alla domanda di partecipazione in originale o in copia legale o autenticata ai sensi di legge, ovvero anche in fotocopia, munita di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, sottoscritta dal candidato, attestante che la copia allegata è conforme all'originale, ai sensi dell'articolo 19 del DPR 445/2000 e s.m.i. (vedi Allegato C). Nel caso in cui il candidato non possa produrre gli originali o le fotocopie dei suddetti titoli con le modalità sopra descritte, può dichiararne il possesso attraverso apposita dichiarazione sostitutiva (vedi Allegati A e B).

I titoli accademici e di studio posseduti e i titoli di servizio svolto vengono documentati dall'interessato mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione (**Allegato A**), ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., e mediante dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (**Allegato B**), ai sensi dell'art. 47 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., in carta semplice, dalla quale risultino:

- a. i propri dati anagrafici;
- b. la seguente **formula**:
 - dichiarazione sostitutiva di certificazione: "il sottoscritto (dati anagrafici) sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e s.m.i., dichiara di essere in possesso dei titoli accademici e di studio di seguito indicati";
 - dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà: "il sottoscritto (dati anagrafici) sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e s.m.i., dichiara di essere in possesso dei titoli di servizio di seguito indicati";
- c. l'esatto indirizzo dell'Università/Ente presso il quale si è conseguito il titolo o si è svolto il servizio, come segue: nome dell'Università/Ente, via, numero civico, C.A.P., Città (prov.), numero telefonico e numero di fax;

- d. **tutti** gli elementi necessari per la corretta valutazione del titolo;
- e. la **firma**: non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto. Nel caso in cui la domanda di iscrizione alla graduatoria regionale venga spedita a mezzo raccomandata A.R./PEC, alla presente dichiarazione dovrà essere allegata copia fotostatica di un valido documento di identità del medico interessato. La mancanza di sottoscrizione comporta la nullità della dichiarazione sostitutiva.

La dichiarazione sostitutiva di certificazione e la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dovranno essere complete e leggibili per consentirne la corretta valutazione e i necessari controlli di veridicità (art. 71 D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.). Qualora dal controllo emerga la non veridicità di quanto dichiarato e prodotto, l'interessato decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera oltre a soggiacere alle sanzioni penali previste in ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci.

ELEMENTI NECESSARI PER L'ATTRIBUZIONE DEL PUNTEGGIO

Ai fini di una corretta valutazione del punteggio si ribadisce, inoltre, quanto segue:

- l'attività di Medicina dei Servizi a tempo indeterminato, nonché l'attività di Continuità Assistenziale e di Emergenza Sanitaria Territoriale a tempo indeterminato e a tempo determinato, devono essere documentate indicando per ogni mese di attività le **effettive ore svolte**;
- l'attività di medico specialista pediatra di libera scelta deve essere documentata indicando specificatamente l'Accordo Collettivo Nazionale di riferimento.
- astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio durante il periodo di incarico a tempo indeterminato nell'Area di Pediatria potrà essere documentata, *indicando la data di inizio e di fine*, con dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà secondo l'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.

I documenti autocertificati/allegati alla domanda degli anni precedenti sono acquisiti agli atti, purché ne venga fatto espresso riferimento, barrando la colonna "B" delle rispettive "Dichiarazioni sostitutive".

La dichiarazione sostitutiva di certificazione e la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà comprovanti i titoli posseduti dovranno essere tali da consentirne la valutazione; non si terrà conto delle dichiarazioni dalle quali non sia possibile dedurre precisamente i dati di valutazione o di quella mancante rispetto a quanto dichiarato dal medico nella domanda.

Per informazioni telefonare al numero **045/6712432**
Sito Internet => <https://www.aulss9.veneto.it/> sezione "Concorsi e avvisi"

NOTA BENE
Principi applicabili a tutti i trattamenti effettuati da soggetti pubblici - art. 18, D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003 e Regolamento Europeo n. 679/2016: i dati personali che l'Azienda U.L.S.S. n. 9 acquisisce verranno trattati esclusivamente per lo svolgimento degli adempimenti istituzionali previsti dagli articoli 15 e 16 dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta - intesa del 15/12/2005 e s.m.i. Gli indirizzi di residenza/posta elettronica/pec e recapiti telefonici potranno essere forniti alle UU.LL.SS.SS. del Veneto ai fini del conferimento di incarichi (si invita a indicare il proprio indirizzo PEC).

INFORMATIVA
per il trattamento dei dati personali,
ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016

1. Premessa

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016, l'Azienda ULSS 9 Scaligera della Regione Veneto, in qualità di "Titolare" del trattamento, è tenuta a fornirLe informazioni in merito all'utilizzo dei suoi dati personali.

2. Identità e dati di contatto del titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento dei dati personali di cui alla presente informativa è l'Azienda ULSS 9 Scaligera della Regione Veneto, con sede a Verona (cap.: 37122) – Via Valverde n. 42.

Al fine di semplificare le modalità di inoltro e ridurre i tempi per il riscontro si invita a presentare le richieste di cui al paragrafo n. 9, all'Azienda ULSS 9 Scaligera – U.O.S. Medicina Convenzionata e Privati Accreditati e Controlli, al seguente indirizzo di posta elettronica certificata (PEC): protocollo.aulss9@pecveneto.it.

3. Responsabile della protezione dei dati personali

L'Azienda ULSS 9 Scaligera ha designato quale Responsabile della protezione dei dati l'avv. Piergiorgio Cervato, dello Studio Legale Cervato Law & Business, con sede a Padova, Via Niccolò Tommaseo n. 78/C.

4. Soggetti autorizzati al trattamento

I Suoi dati personali sono trattati da personale interno previamente autorizzato e designato quale incaricato del trattamento, cui sono impartite idonee istruzioni in ordine a misure, accorgimenti, modus operandi, tutti volti alla concreta tutela dei Suoi dati personali.

5. Finalità e base giuridica del trattamento

Il trattamento dei Suoi dati personali viene effettuato dall'Azienda ULSS 9 Scaligera per gli adempimenti previsti per legge finalizzati alla stesura della graduatoria regionale di Pediatria di Libera Scelta per l'anno 2019.

6. Destinatari dei dati personali

I Suoi dati personali saranno oggetto di comunicazione ad altre Pubbliche Amministrazioni per l'effettuazione delle verifiche relative alla veridicità delle dichiarazioni sostitutive ai sensi del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, nonché per l'acquisizione, ai sensi delle vigenti disposizioni legislative, della documentazione necessaria in caso dell'eventuale instaurazione del rapporto di convenzionamento con le Aziende ULSS della Regione del Veneto.

7. Trasferimento dei dati personali ai Paesi extra UE

I Suoi dati personali non sono trasferiti al di fuori dell'Unione Europea.

8. Periodo di conservazione

I Suoi dati personali sono conservati per un periodo di 10 anni dalla data del provvedimento di presa d'atto dell'esito del presente procedimento.

9. I Suoi diritti

Nella Sua qualità di interessato, Lei potrà esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento Europeo n. 679/2016, tra cui il diritto:

- di accesso ai dati personali
- di ottenere la rettifica dei dati personali inesatti
- di ottenere la cancellazione dei dati personali qualora non fossero più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti nonché nel caso in cui i dati personali siano stati trattati illecitamente
- di opporsi al trattamento dei propri dati personali
- di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali

10. Conferimento dei dati

Il conferimento dei Suoi dati è necessario per le finalità sopra indicate.

Il mancato conferimento comporterà l'esclusione dalla partecipazione al presente procedimento.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e successive modifiche ed integrazioni)

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa _____,
nato/a a _____, il ___/___/_____,
sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non
veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e s.m.i.,

D I C H I A R A

di essere in possesso dei titoli accademici e di studio di seguito indicati:

[N.B. per inserire ulteriori titoli, fotocopiare la pagina interessata, aggiungendo "/bis", "/ter" ecc. al numero di pag.]

A (1)	B (2)	I – Titoli accademici e di studio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1) <u>Specializzazione</u> in pediatria o discipline <u>equipollenti</u> ai sensi del D.M. 30/01/1998 e successive integrazioni (4,00 punti) specializzazione in _____ presso l'Università degli Studi di _____ indirizzo _____ numero di telefono _____ numero di fax _____ in data ___/___/_____; se la specializzazione è stata conseguita ai sensi del D.Lgs. n. 257/91 e D.Lgs. n. 368/99 come modificato dal D.Lgs. n. 277/2003, dichiara anche il periodo di frequenza dal ___/___/_____ al ___/___/_____ <i>[Ai sensi della Norma transitoria n. 1 dell'ACN di pediatria di libera scelta 21.6.2018: il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30.1.1998 e s.m.i. deve essere stato conseguito successivamente al 31 gennaio 2018]</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2) <u>Libera docenza</u> in pediatria o discipline <u>equipollenti</u> ai sensi del D.M. 30/01/1998 e successive integrazioni (2,00 punti) libera docenza in _____ presso l'Università degli Studi di _____ indirizzo _____ numero di telefono _____ numero di fax _____ in data ___/___/_____; periodo di frequenza dal ___/___/_____ al ___/___/_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3) <u>Specializzazione</u> in disciplina <u>affine</u> alla pediatria ai sensi del D.M. 31/01/1998 e successive integrazioni (2,00 punti) specializzazione in _____ presso l'Università degli Studi di _____ indirizzo _____ numero di telefono _____ numero di fax _____ in data ___/___/_____; se la specializzazione è stata conseguita ai sensi del D.Lgs. n. 257/91 e D.Lgs. n. 368/99 come modificato dal D.Lgs. n. 277/2003, dichiara anche il

		periodo di frequenza dal ___/___/___ al ___/___/___
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4) <u>Libera docenza</u> in disciplina <u>affine</u> alla pediatria ai sensi del D.M. 31/01/1998 e successive integrazioni (1,00 punto) libera docenza in _____ presso l'Università degli Studi di _____ indirizzo _____ numero di telefono _____ numero di fax _____ in data ___/___/___; periodo di frequenza dal ___/___/___ al ___/___/___
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5) <u>Specializzazione o libera docenza</u> in discipline <u>diverse</u> da quelle previste ai punti precedenti (0,20 punti) <input type="checkbox"/> special. <input type="checkbox"/> lib. doc. in _____ presso l'Università degli Studi di _____ _____ numero di telefono _____ numero di fax _____ in data ___/___/___; periodo di frequenza dal ___/___/___ al ___/___/___
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6) <u>Tirocinio abilitante</u> svolto ai sensi della L. 148/75. (0,30 punti) conseguito in data ___/___/___ presso _____ indirizzo _____ numero di telefono _____ numero di fax _____ periodo di frequenza dal ___/___/___ al ___/___/___
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7) <u>Titolo di animatore di formazione</u> riconosciuto dalle Regioni o rilasciato da soggetti accreditati dal Ministero della Salute o dalla Regione. (0,30 punti) riconosciuto dalla Regione _____, conseguito in data ___/___/___ presso _____ indirizzo _____ numero di telefono _____ numero di fax _____

- 1) Barrare la colonna "A" in corrispondenza dei titoli di cui si chiede la valutazione per la prima volta con la presente domanda.
- 2) Barrare la colonna "B" in corrispondenza dei titoli che sono stati autocertificati/presentati e valutati in occasione di precedenti domande e sono acquisiti agli atti e siano tali da poterne consentire la valutazione.

_____ data

_____ Firma per esteso e leggibile (1)

NOTA (1):
- La **firma** non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto.
- Nel caso in cui la domanda di iscrizione alla graduatoria regionale venga spedita a mezzo raccomandata A.R./PEC alla presente dichiarazione dovrà essere allegata copia fotostatica del documento di identità del medico interessato.
- La mancanza di sottoscrizione comporta la nullità della dichiarazione sostitutiva.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

(ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e successive modifiche ed integrazioni)

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa _____,
nato/a a _____, il ___/___/____,
sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non
veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e s.m.i.,

D I C H I A R A

di essere in possesso dei titoli di servizio di seguito indicati:

[N.B. per inserire ulteriori periodi, fotocopiare la pagina interessata, aggiungendo "/bis", "/ter" ecc. al numero di pag.]

A (1)	B (2)	II - <u>Titoli di servizio</u>
		8) Attività di specialista pediatra di libera scelta convenzionato ai sensi dell'art. 48 Legge n. 833/78 e dell'art. 8 co. 1 D.L.vo 502/92 e successive modificazioni compreso quella svolta in qualità di associato o di sostituto (anche per attività sindacale). [0,60 punti (*) per ciascun mese di attività - per attività sindacale il mese è ragguagliato a 96 ore]
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ore ___ medico _____ ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ore ___ medico _____ ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ore ___ medico _____ ASL _____ 1
		Attività di sostituzione di cui al punto precedente per attività sindacale:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ore ___ medico _____ ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ore ___ medico _____ ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ore ___ medico _____ ASL _____ 1
		(*) Norma Transitoria n. 8 dell'ACN PLS 29/07/09: "Nelle more della definizione di nuovi criteri per la formazione della graduatoria tra i quali prevedere l'istituzione di un tirocinio specifico di pediatria di famiglia da inserire nell'accordo del secondo biennio economico, il punteggio di 0,20 punti al mese, previsto dalla lettera a), titoli di servizio, dell'art. 16 del presente Accordo è elevato a punti 0,60 al mese".
		¹ indicare altresì l'esatto indirizzo dell'ASL/medico utilizzando la parte finale del presente Allegato

9) **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, in forma attiva.** (0,10 per ogni mese, ragguagliato a 96 ore di attività)

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ | 1 |

10) **Servizio effettivo** con incarico a tempo indeterminato, o svolto a titolo di sostituzione, nella **medicina generale - settore assistenza primaria** (0,10 punti per mese di attività)

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ | 1 |

11) Attività medica nei servizi di **assistenza stagionale nelle località turistiche** organizzati dalle Regioni o dalle Aziende U.S.L. (0,10 punti per mese di attività)

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASI _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ | 1 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ | 1 |

¹ indicare altresì l'esatto indirizzo dell'Ente utilizzando la parte finale del presente Allegato

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12) Servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina . (0,05 punti per ciascun mese) dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ ¹
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13) Attività di specialista pediatra svolta all'estero ai sensi della L. 9/02/79, n. 38, della L. 10/07/60, n. 735 e successive modificazioni, e del D.M. 1.09.88, n. 430. (0,10 punti per ciascun mese di attività) dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ ¹
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ ¹
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ ¹
		14) Attività di pediatra svolta a qualsiasi titolo presso strutture sanitarie pubbliche non espressamente contemplate nei punti che precedono. (0,05 punti per mese di attività) [* specificare altresì attività e tipologia del rapporto di lavoro (es. dipendente, specialista ambulatoriale interno, ...)]
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ ¹ * _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ ¹ * _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ ¹ * _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ ¹ * _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ ¹ * _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ ¹ * _____
		<u>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".</u> Astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio durante il periodo di incarico a tempo indeterminato <u>nell'Area della pediatria di libera scelta</u> (fino a un massimo di mesi cinque per ogni evento).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ ¹
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ ¹
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ ¹
		¹ indicare altresì l'esatto indirizzo dell'Ente utilizzando la parte finale del presente Allegato

- 1) Barrare la colonna "A" in corrispondenza dei servizi di cui si chiede la valutazione per la prima volta con la presente domanda.
- 2) Barrare la colonna "B" in corrispondenza dei servizi che sono stati autocertificati/presentati e valutati in occasione di precedenti domande e sono acquisiti agli atti e siano tali da poterne consentire la valutazione. SEGUE

Recapiti degli Enti/ASL/medici più sopra indicati:

Ente/ASL/medico _____
Via/Piazza _____ n _____ C.A.P. _____
Città _____ Prov. _____ Telefono _____
Fax _____ note _____

Ente/ASL/medico _____
Via/Piazza _____ n _____ C.A.P. _____
Città _____ Prov. _____ Telefono _____
Fax _____ note _____

Ente/ASL/medico _____
Via/Piazza _____ n _____ C.A.P. _____
Città _____ Prov. _____ Telefono _____
Fax _____ note _____

Ente/ASL/medico _____
Via/Piazza _____ n _____ C.A.P. _____
Città _____ Prov. _____ Telefono _____
Fax _____ note _____

Ente/ASL/medico _____
Via/Piazza _____ n _____ C.A.P. _____
Città _____ Prov. _____ Telefono _____
Fax _____ note _____

Ente/ASL/medico _____
Via/Piazza _____ n _____ C.A.P. _____
Città _____ Prov. _____ Telefono _____
Fax _____ note _____

Ente/ASL/medico _____
Via/Piazza _____ n _____ C.A.P. _____
Città _____ Prov. _____ Telefono _____
Fax _____ note _____

Data _____

Firma per esteso e leggibile (1)

NOTA (1):

- La firma non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto.
- Nel caso in cui la domanda di iscrizione alla graduatoria regionale venga spedita a mezzo raccomandata A.R./PEC alla presente dichiarazione dovrà essere allegata copia fotostatica del documento di identità del medico interessato.
- La mancanza di sottoscrizione comporta la nullità della dichiarazione sostitutiva.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

(ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e successive modifiche ed integrazioni)

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa _____,
 nato a _____, il ___/___/_____,
 in riferimento alla domanda di iscrizione alla graduatoria regionale del Veneto per la Pediatria
 di libera scelta dell'anno **2019**,

D I C H I A R A

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste, in caso di
 dichiarazioni non veritiere, dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 recante il "Testo
 unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione
 amministrativa", **che le ALLEGATE FOTOCOPIE DELLE CERTIFICAZIONI RILASCIATE DA
 SOGGETTI/ENTI PRIVATI O ESTERI dei titoli di servizio svolto, sotto elencate, sono
 conformi agli originali in proprio possesso:**

- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____

Data _____

_____ Firma per esteso e leggibile (1)

NOTA (1):

- La **firma** non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto.
- Nel caso in cui la domanda di iscrizione alla graduatoria regionale venga spedita a mezzo raccomandata A.R./PEC alla presente dichiarazione dovrà essere allegata copia fotostatica del documento di identità del medico interessato.
- La mancanza di sottoscrizione comporta la nullità della dichiarazione sostitutiva.

**Da compilare, firmare e trasmettere obbligatoriamente
solo in caso di trasmissione a mezzo PEC (Posta Elettronica Certificata)
attenendosi alle indicazioni riportate in calce**

DICHIARAZIONE

(ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e successive modifiche ed integrazioni)

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa _____,
nato a _____, il ___/___/_____,
indirizzo pec: _____ *(intestata al
medico che presenta la domanda)*, in riferimento alla domanda di iscrizione alla graduatoria unica
regionale del Veneto per la medicina generale dell'anno **2019**,

D I C H I A R A

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste, in caso di
dichiarazioni non veritiere,

1. di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di euro 16,00 tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo sul cartaceo della presente domanda trattenuto presso il/la sottoscritto/a; a tal proposito dichiara inoltre che la marca da bollo di euro 16,00 applicata è la seguente:
 - a. data e ora di emissione: _____
 - b. IDENTIFICATIVO n. _____
2. di conservare l'originale della domanda di cui sopra per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione;

Data _____

Firma per esteso e leggibile (1)

INDICAZIONI PER LA CORRETTA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA TRAMITE PEC:

- 1) scaricare e stampare la modulistica;
- 2) compilare la domanda in tutte le parti che interessano, apporre data e firma ove indicato;
- 3) applicare la marca da bollo e annullarla firmandola e/o datandola *(ai sensi dell'art. 12 del DPR n. 642/1972 e s.m.i., si precisa infatti che l'annullamento delle marca deve avvenire "mediante perforazione o apposizione della sottoscrizione di una delle parti o della data o di un timbro parte su ciascuna marca, e parte sul foglio. Per l'annullamento deve essere usato inchiostro o matita copiativa. (...) E' vietato usare marche deteriorate o usate in precedenza")*;
- 4) eseguire una scansione di tutte le pagine da inviare e salvarle solo ed esclusivamente in formato pdf come unico file nominandolo come segue: cognome-nome-pls-2019.pdf (es. rossi-mario-pls-2019.pdf);
- 5) inviare il file di cui al punto precedente esclusivamente tramite indirizzo PEC nominativa personale del medico che presenta la domanda all'indirizzo: protocollo.aulss9@pecveneto.it; l'oggetto del messaggio pec dev'essere lo stesso del file di cui al precedente punto 4.

NOTA (1):

- La **firma** non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto.
- Nel caso in cui la domanda di iscrizione alla graduatoria regionale venga spedita a mezzo raccomandata A.R./PEC alla presente dichiarazione dovrà essere allegata copia fotostatica del documento di identità del medico interessato.
- La mancanza di sottoscrizione comporta la nullità della dichiarazione sostitutiva.