



REGIONE PUGLIA

ASSSORATO AL WELFARE

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA GRADUATORIA REGIONALE

DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA VALIDA PER L'ANNO 2017 CON TITOLI ACQUISITI AL 31 DICEMBRE 2014

RACCOMANDATA A/R

REGIONE PUGLIA

ASSESSORATO AL WELFARE

UFFICIO GRADUATORIA MEDICINA PEDIATRICA

VIA GENTILE, 52

70126 BARI

BOLLO

Il sottoscritto Dottor _____
nato a _____ prov. _____ il _____ comune di residenza _____
provincia _____ via _____ n. _____
C.A.P. _____ telefono _____
codice fiscale _____

CHIEDE

di essere inserito nella graduatoria Regione Puglia di pediatria di libera scelta valida per l'anno 2017

ALLEGA

N. _____ dichiarazioni sostitutive di certificazione (autocertificazione)

N. _____ dichiarazioni sostitutive di atto notorio

N. _____ certificati

Chiede che ogni comunicazione sia indirizzata presso il domicilio sotto indicato:

Dott. _____ Via _____ n. _____

Città _____ CAP _____

Data _____

Firma _____

(obbligatoria e per esteso)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

-AUTOCERTIFICAZIONE-

Esente da imposta di bollo

Il sottoscritto Dott.

Cognome _____

Nome _____

Codice fiscale _____

ai sensi e agli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 recante disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa. Il medico che si avvale della presente dichiarazione ha l'obbligo di allegare alla domanda copia del documento di riconoscimento, pena esclusione.

DICHIARA

1 Di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ dal __/__/____

2 Di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso L'Università degli Studi di _____ in data __/__/____ con voto ____/110 __

3 Di essere in possesso della specializzazione o libera docenza in Pediatria conseguita il _____ con voto _____ presso _____

4 Di essere in possesso di ulteriore specializzazione o libera docenza in _____ conseguita il _____ presso _____

5 Di aver svolto il servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina dal __/__/____ al __/__/____ presso _____

6 Di essere in possesso del tirocinio abilitante svolto ai sensi della Legge n. 148 del 18 aprile 1975 conseguito il __/__/____ presso _____

7 Di essere in possesso del titolo di animatore di formazione riconosciuto dalla Regione conseguito il __/__/____ presso _____

8 Di essere residente nella Regione Puglia dal _____

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.*

Data _____

Firma _____

(non soggetta ad autenticazione)

Formazione della graduatoria Regione Puglia di pediatria di libera scelta valida per l'anno 2017 con titoli acquisiti al 31 dicembre 2014

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Esente da imposta di bollo

Il sottoscritto

Dottor _____

nato a _____ prov. _____ il _____

C.F. _____

ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del DPR 445/00 recante disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa. Il medico che si avvale della presente dichiarazione ha l'obbligo di allegare alla domanda copia del documento di riconoscimento.

D I C H I A R A

D I E S S E R E I N P O S S E S S O D E I S E G U E N T I T I T O L I D I S E R V I Z I O

1 Attività di specialista in pediatria 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 compresa quella svolta in qualità di associato o di sostituto (punti 0,60 per mese di attività)

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____ dott. _____

2 Attività di sostituzione per attività sindacale

(punti 0,60 per 96 ore di attività)

dal __/__/__ al __/__/__ medico * _____ AUSL _____
dal __/__/__ al __/__/__ medico * _____ AUSL _____
dal __/__/__ al __/__/__ medico * _____ AUSL _____
dal __/__/__ al __/__/__ medico * _____ AUSL _____
dal __/__/__ al __/__/__ medico * _____ AUSL _____
dal __/__/__ al __/__/__ medico * _____ AUSL _____
dal __/__/__ al __/__/__ medico * _____ AUSL _____
dal __/__/__ al __/__/__ medico * _____ AUSL _____
dal __/__/__ al __/__/__ medico * _____ AUSL _____
dal __/__/__ al __/__/__ medico * _____ AUSL _____
dal __/__/__ al __/__/__ medico * _____ AUSL _____

* Inserire il nome del medico sostituito

3 Attività di pediatra svolta presso strutture sanitarie pubbliche

(punti 0,05 per mese di attività)

dal __/__/__ al __/__/__ struttura sanitaria _____ di _____
dal __/__/__ al __/__/__ struttura sanitaria _____ di _____
dal __/__/__ al __/__/__ struttura sanitaria _____ di _____
dal __/__/__ al __/__/__ struttura sanitaria _____ di _____
dal __/__/__ al __/__/__ struttura sanitaria _____ di _____
dal __/__/__ al __/__/__ struttura sanitaria _____ di _____
dal __/__/__ al __/__/__ struttura sanitaria _____ di _____
dal __/__/__ al __/__/__ struttura sanitaria _____ di _____
dal __/__/__ al __/__/__ struttura sanitaria _____ di _____
dal __/__/__ al __/__/__ struttura sanitaria _____ di _____
dal __/__/__ al __/__/__ struttura sanitaria _____ di _____

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 di emergenza sanitaria territoriale in forma attiva (punti 0,10 per mese ragguagliato a 96 ore di attività)

***** Per detta attività vedi allegato A per la compilazione *****

5 Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche, organizzate dalle Regioni o dalle AA.SS.LL. (punti 0,10 per mese di attività)

dal __/__/____ al __/__/____ Regione o AUSL _____ di _____

dal __/__/____ al __/__/____ Regione o AUSL _____ di _____

dal __/__/____ al __/__/____ Regione o AUSL _____ di _____

6 attività di specialista in pediatria svolta all'estero ai sensi della Legge n. 38/79, della Legge n.735/60 e successive modificazioni e del Decreto Ministeriale 1 settembre 1988 n. 430

(punti 0,10 per mese di attività)

dal __/__/____ al __/__/____ presso _____ di _____

dal __/__/____ al __/__/____ presso _____ di _____

dal __/__/____ al __/__/____ presso _____ di _____

DICHIARA CHE LE NOTIZIE SOPRA RIPORTATE CORRISPONDONO AL VERO (1)

Luogo data _____ (2) Firma del dichiarante _____

1. Ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/00, le dichiarazioni mendaci e 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 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 recante disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa. Il medico che si avvale della presente dichiarazione sostitutiva di notorietà ha l'obbligo di allegare alla domanda copia del documento di riconoscimento in carta semplice.

**Formazione della graduatoria Regione Puglia di pediatria di libera scelta
valida per l'anno 2017 con titoli acquisiti al 31 dicembre 2014**

Allegato "A"

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Esente da imposta di bollo

Il sottoscritto

Dottor _____

nato a _____ prov. _____ il _____

cod. fis. _____

ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del DPR 445/00 recante disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa. Il medico che si avvale della presente dichiarazione ha l'obbligo di allegare alla domanda copia del documento di riconoscimento.

D I C H I A R A

Di aver svolto il 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 nella emergenza sanitaria territoriale in forma attiva .

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

A N N O _____

GENNAIO - dal __/__/__ al __/__/__ ore ____ AUSL _____

FEBBRAIO - dal __/__/__ al __/__/__ ore ____ AUSL _____

MARZO - dal __/__/__ al __/__/__ ore ____ AUSL _____

APRILE - dal __/__/__ al __/__/__ ore ____ AUSL _____

MAGGIO - dal __/__/__ al __/__/__ ore ____ AUSL _____

GIUGNO - dal __/__/__ al __/__/__ ore ____ AUSL _____

LUGLIO - dal __/__/__ al __/__/__ ore ____ AUSL _____

AGOSTO - dal __/__/__ al __/__/__ ore ____ AUSL _____

SETTEMBRE - dal __/__/__ al __/__/__ ore ____ AUSL _____

OTTOBRE - dal __/__/__ al __/__/__ ore ____ AUSL _____

NOVEMBRE - dal __/__/__ al __/__/__ ore ____ AUSL _____

DICEMBRE - dal __/__/__ al __/__/__ ore ____ AUSL _____

Data _____

Firma del dichiarante _____

- Per inserire ulteriori periodi di attività, il medico può fotocopiare una o più volte il presente allegato.

AVVERTENZE GENERALI

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

La domanda, in regola con le vigenti leggi in materia di imposta di bollo, deve essere spedita a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno entro e non oltre il 31 gennaio all'Assessorato alla Sanità della Regione a cui si chiede l'inserimento in graduatoria.

Ai fini della graduatoria sono valutati solo i titoli posseduti alla data del 31 dicembre.

I medici, al fine di consentire un più rapido controllo sulla veridicità di quanto dichiarato nell'atto notorio, devono allegare copia fotostatica, anche non autenticata, dei certificati di servizio di cui sia già in possesso.

Il medico pediatra, che sia già inserito nella graduatoria valevole del periodo precedente, deve presentare, oltre la domanda, soltanto l'autocertificazione o il certificato attestante l'iscrizione all'Albo dei Medici e il possesso della specializzazione, in pediatria o discipline equipollenti.

Il medico pediatra, già inserito nella graduatoria valevole per il periodo precedente, deve dichiarare o certificare il possesso dei titoli di servizio acquisiti nel corso dell'anno nonché gli eventuali titoli di servizio non presentati e non valutati nella precedente graduatoria.

Ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/00, le dichiarazioni mendaci e falsità negli atti, sono puniti dal codice penale. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del DPR 445/00 recante disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa. Il medico che si avvale della presente dichiarazione ha l'obbligo di allegare alla domanda copia del documento di riconoscimento.

Chi non ha presentato domanda per le ultime due graduatorie deve presentare o dichiarare tutta la documentazione

Informativa resa all'interessato per il trattamento di dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196 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;
- 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 Puglia;
- 5) l'art. 7 del citato D.Lgs. 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 la regione Puglia, responsabile è il Coordinatore di Settore dell'Assessorato alle politiche della Salute.