|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Apporre****BOLLO**  |

  | AL DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA SALUTE E DEL BENESSERE ANIMALE**Sezione Strategie e Governo dell’Offerta****Regione PUGLIA****Via Gentile n.52****70126 BARI (BA)** |

 **PRIMO INSERIMENTO**  **INTEGRAZIONE TITOLI**

Il sottoscritto Dott.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov.\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ sesso: M  F  Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ASL di residenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cittadinanza Italiana o di altro Paese appartenente alla UE **( incluse le equiparazioni)** secondo quanto

previsto dall'art. 2 dell' accordo collettivo nazionale per la pediatria di libera scelta vigente dal 21/06/2018 **SI NO**

**chiede**

secondo quanto previsto dall'art. 15 così come novellato dall’art. 2 dell'A.C.N. del 21/06/2018 per la pediatria di libera scelta 15/12/2005 e s.m.i., l'inserimento nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta, **a valere per l’anno** **2023.**

**DICHIARA**

**di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato** di pediatria di libera scelta.

Allega alla presente domanda:

  n. \_\_\_\_\_\_ dichiarazioni sostitutive di certificazione ;

  n. \_\_\_\_\_\_ dichiarazioni sostitutive dell’atto notorio;

  n. \_\_\_\_\_\_ altre certificazioni.

**Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata a:**

**indirizzo PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (obbligatorio)**

 propria residenza;  il domicilio sotto indicato:

Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_ Comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLEGATO A**

**Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione**

(art. 46 DPR n. 445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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.;

 di essere in possesso del **diploma di laurea in Medicina e Chirurgia** conseguito presso l’Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_\_\_\_\_/ 110

(se il voto di laurea non è espresso su 110 ma su 100, occorre specificarlo);

 di essere iscritto all’**Ordine dei Medici** di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ ;

 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 \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ presso l’Università di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , con la seguente votazione \_\_\_\_ /\_\_\_\_, specificare data di inizio e data di conclusione della specializzazione, data inizio \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ data fine \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_;

**N. B. Per il primo inserimento è obbligatorio presentare copia del diploma di specializzazione.**

 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

**Ai sensi dell’art. 15 così come novellato dall’art. 2 dell’ACN del 21/06/2018, i pediatri interessati, entro il 15 settembre, devono inviare, pena esclusione, copia del diploma di specializzazione.**

 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): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_conseguita il\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ presso l’Università di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con frequenza dal \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_conseguita il\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ presso l’Università di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con frequenza dal \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_conseguita il\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ presso l’Università di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con frequenza dal \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_;

  di essere in possesso di certificato di conoscenza della lingua inglese non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE) conseguito il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**N. B. È obbligatorio presentare copia del certificato. La mancata presentazione comporta la non valutazione del titolo.**

 di essere in possesso della Patente Europea (ECDL) per l’utilizzo del PC conseguita il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**N. B. È obbligatorio presentare copia del certificato. La mancata presentazione comporta la non valutazione del titolo.**

  di non fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre1976 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 pediatri che beneficiano delle sole prestazioni della “quota A” del fondo di previdenza generale dell’ENPAM).

Data\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(non soggetta ad autenticazione)*

**AVVERTENZE GENERALI**

1. A partire dalla graduatoria anno 2021 (giusta art. 2 comma 4 dell' accordo collettivo nazionale per la pediatria di libera scelta vigente dal 21/06/2018), hanno l’obbligo di presentare la domanda anche i pediatri già inclusi nella graduatoria riferita all’anno precedente. Tale obbligo persiste anche per gli anni successivi. La mancata presentazione comporta la cancellazione d’ufficio.
2. 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, 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 - neonatologia - pediatria e puericultura - pediatria preventiva e puericultura - pediatria preventiva e sociale - pediatria sociale e puericultura - puericultura - puericultura ed igiene infantile - puericultura, dietetica infantile ed assistenza sociale dell’infanzia - puericultura e dietetica infantile.

1. I pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato non possono far domanda di inserimento nella graduatoria e, pertanto, possono concorrere all’assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento (Art. 15 così come novellato dall’art. 2 dell’ACN del 21/06/2018 co. 3).
2. I pediatri allegano unitamente alla domanda le dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio concernenti i titoli valutabili ai fini della graduatoria. Possono presentare annualmente allegati integrativi dei titoli aggiuntivi rispetto a quelli precedentemente presentati.
3. La domanda, in bollo, deve essere trasmessa con raccomandata A/R entro il 31/01/2022 al seguente indirizzo: Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere animale – Sezione Strategia e Governo dell’Offerta, via Gentile n.52 70126 Bari. La mancata sottoscrizione della domanda, della dichiarazione sostitutiva, ovvero l’invio oltre il termine del 31/01/2022, comportano la non inclusione nella graduatoria. L’omissione o l’incompletezza dei dati potranno comportare la non attribuzione dei relativi punteggi.
4. 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. 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.
5. Ai fini della graduatoria sono valutabili solo i titoli posseduti al 31/12/2021.
6. I pediatri che erano già presenti nella precedente graduatoria (anno 2022) oltre all’obbligo della presentazione della domanda (pena cancellazione) potranno dichiarare solo i titoli acquisiti nel corso dell’anno 2021, nonché eventuali titoli di servizio non presentati per la precedente graduatoria.
7. Potranno presentare altresì, domanda di inserimento in graduatoria nei termini del 31/01/2022, i pediatri che nell’anno 2022 acquisiranno 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 15 settembre. I pediatri aspiranti dovranno utilizzare il presente schema ed inviare successivamente il relativo diploma. I pediatri in questione saranno inseriti con riserva. La mancata presentazione del titolo entro il **15 settembre 2022** comporterà l’esclusione d’ufficio dalla graduatoria.
8. I pediatri che presentano la domanda per la prima volta devono barrare la voce "primo inserimento", tutti gli altri devono barrare la voce "integrazione titoli".

Informativa resa all’interessato per il trattamento di 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.

1. 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 2023;
2. Per tali finalità l’acquisizione dei dati è necessaria e il loro mancato conferimento, o una loro omissione, comporterà l’esclusione dalla procedura.
3. 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.
4. I dati personali saranno pubblicati sul sito istituzionale della Regione Puglia nonché sul Bollettino Ufficiale della Regione PUGLIA;
5. Titolare del trattamento dei dati è la Regione Puglia, Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale. Il responsabile è il Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell’Offerta.

**ALLEGATO B**

**Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà**

(art. 47 DPR n. 445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto Dott\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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**

 **il possesso dei seguenti titoli di servizio:**

* Attività di specialista pediatra di libera scelta convenzionato ai sensi dell’articolo 48 della Legge 23 dicembre, 1978, n.833, e dell’articolo 8, comma 1, del D.lgs.30 dicembre 1992, n.502 e sm.i., con incarico a tempo indeterminato o provvisorio e per attività di sostituzione: **(p. 1, 10 per mese)**

dal \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Azienda\_\_\_\_\_\_\_\_ PEDIATRA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Azienda\_\_\_\_\_\_\_\_ PEDIATRA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Azienda\_\_\_\_\_\_\_\_ PEDIATRA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Azienda\_\_\_\_\_\_\_\_ PEDIATRA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Azienda\_\_\_\_\_\_\_\_ PEDIATRA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Azienda\_\_\_\_\_\_\_\_ PEDIATRA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Attività di sostituzione per attività sindacale del pediatra di libera scelta titolare: **(p.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\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Servizio in forma attiva nella medicina dei servizi o svolto, anche a titolo di sostituzione, nei servizi di guardia medica e di continuità assistenziale, nell’emergenza sanitaria territoriale, di assistenza primaria: **(p.0,10 per mese ragguagliato a 96 ore di attività)**

Anno\_\_\_\_\_mese\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_Azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ore\_\_\_\_\_\_

Anno\_\_\_\_\_mese\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_Azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ore\_\_\_\_\_\_

Anno\_\_\_\_\_mese\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_Azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ore\_\_\_\_\_\_

Anno\_\_\_\_\_mese\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_Azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ore\_\_\_\_\_\_

Anno\_\_\_\_\_mese\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_Azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ore\_\_\_\_\_\_

Anno\_\_\_\_\_mese\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_Azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ore\_\_\_\_\_\_

Anno\_\_\_\_\_mese\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_Azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ore\_\_\_\_\_\_

Anno\_\_\_\_\_mese\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_Azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ore\_\_\_\_\_\_

* Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende: **(P.0,10 per ciascun mese complessivo**)

dal \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_Azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_Azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_Azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 dal \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_Azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_Azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia: **(P.0,05 per ciascun mese complessivo**)

dal \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

 presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 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. e del decreto ministeriale 1°settembre 1988, n.430 (\*): **(P.0,10 per ciascun mese complessivo**)

dal\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\*) il servizio deve essere attestato con certificazioni, in originale o copia conforme all’originale, sottoscritte 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, decreto legislativo 112/1998) è necessario allegare copia di detto provvedimento.

* Attività di specialista pediatra svolta a qualsiasi titolo presso strutture sanitarie pubbliche non espressamente contemplate nei punti che precedono: **(P.0,05 per ciascun mese complessivo**)

dal\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_al\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* La sottoscritta dichiara di aver usufruito di astensione anticipata o di astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio nei seguenti periodi:

dal \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_presso Azienda­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_presso Azienda­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_al \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_presso Azienda­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Il sottoscritto dichiara inoltre di:**

non avere;

avere subìto provvedimenti di revoca del rapporto convenzionale di pediatra di libera scelta. In caso affermativo indicare la data di revoca del rapporto convenzionale \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_e l’Azienda che ha adottato il provvedimento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 **Il sottoscritto dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1).**

Data\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(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 del DPR 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento d’identità del dichiarante.*

**Note per la compilazione:**

**Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità della dichiarazione sostitutiva dell’atto notorio, il medico può trasmettere una copia fotostatica, anche non autenticata, dei certificati di servizio di cui sia già in possesso.**