

ASUR - Zona Territoriale 7 - Ancona.

All. n. 2 "Modulistica per inserimento nella Graduatoria Regionale di Pediatria di Libera Scelta, da valere per l'anno 2012".

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA GRADUATORIA REGIONALE DI
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA VALIDA PER L'ANNO 2011**

RACCOMANDATA A.R.

BOLLO

€ 14,62

Spett.le

A.S.U.R.

Zona Territoriale n° 7

U. O. Convenzioni Nazionali e Prestazioni

Ufficio Attività Regionali di M.G. e P.L.S.

Via Colombo, 106

60127 - Ancona

 PRIMO INSERIMENTO **INTEGRAZIONE TITOLI**

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ C.F. _____

Comune di residenza _____ Prov. _____

Indirizzo _____ n. _____

C.A.P. _____ n. Tel. _____

ch i e d e

L'inserimento/ l'integrazione titoli nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta valevole per l'anno 2012.

A tal fine dichiara

Di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato nella Pediatria di Libera Scelta, ai sensi del vigente ACN dei PLS art. 15, comma 11: "I pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato non possono fare domanda di inserimento nella graduatoria e, pertanto, possono concorrere alla assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento".

Acclude alla presente:

N..... dichiarazioni sostitutive di certificazione (autocertificazione)

N..... dichiarazioni sostitutive dell'atto notorio

N..... certificati

Data..... Firma.....

**FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA REGIONALE DI PEDIATRIA DI LIBERA
SCELTA VALIDA PER L'ANNO 2012**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

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

**Esente da
Imposta di bollo**

Il sottoscritto Dott. Cognome..... Nome.....
C.F.

consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000

DICHIARA

DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI TITOLI DI SERVIZIO:

1. Attività di specialista pediatra 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 compreso quella svolta in qualità di associato o di sostituto (0.60 punti per mese di attività);

dal.....al.....presso.....
dal.....al.....presso.....
dal.....al.....presso.....

2. Attività di sostituzione per attività sindacale (0.60 punti per mese di attività);

dal.....al.....medico*.....A.S.L.....
dal.....al.....medico.....A.S.L.....
dal.....al.....medico.....A.S.L.....

3. Attività professionale svolta presso strutture sanitarie pubbliche (0.05 punti per mese di attività)

dal.....al.....Struttura.....
dal.....al.....Struttura.....
dal.....al.....Struttura.....

♦ inserire il nome del medico sostituito

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 nell'emergenza sanitaria territoriale in forma attiva (0.10 punti per mese ragguagliato a 96 ore di attività) **** vedi allegato A per la compilazione ****

5. Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche, organizzate dalle Regioni o dalle UU.SS.LL. (0.10 punti per mese di attività)

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

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

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

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

6. Attività di specialista pediatra svolta all'estero ai sensi della legge 9 febbraio 79, n. 38, della legge 10 luglio 1960, n. 735, e successive modificazioni e del decreto ministeriale 1° settembre 1988, n. 430 (0.10 punti per mese di attività)

dal..... al.....presso.....

dal..... al.....presso.....

dal..... al.....presso.....

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

Luogo e data..... (2) Firma del dichiarante.....

(1) *Ai sensi dell'art. 75 del DPR 445/2000 il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.*

(2) *Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta ed inviata unitamente a copia fotostatica, ancorchè non autenticata, di un documento di identità del dichiarante..*

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 di pediatria di libera scelta valida per l'anno 2012;*
- 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 inserita in detta graduatoria;*
- 4. I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Marche;*
- 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. Responsabile del trattamento dei dati è il Responsabile dell'Unità Operativa Convenzioni Nazionali e Prestazioni della Zona Territoriale n. 7 di Ancona.*

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

Data.....

Firma del dichiarante.....

(1) Ai sensi dell'art. 75 del DPR 445/2000 il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

AVVERTENZE ED ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE.

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 (31 gennaio 2011) i seguenti requisiti :

- **Iscrizione all'Albo Professionale.**
- **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 puericultura;
4. patologia clinica pediatrica;
5. patologia neonatale;
6. puericultura;
7. pediatria preventiva e sociale.

La domanda, soggetta ad imposta di bollo nella misura € 14,62, deve essere spedita a mezzo raccomandata A.R. entro e non oltre il **31 gennaio 2011 all'Ufficio Attività Regionali di M.G. e P.L.S. – U.O. Convenzioni Nazionali e Prestazioni – Zona Territoriale n. 7 – Via Colombo, 106 – 60127 Ancona**

Per l'accoglimento della domanda farà fede il timbro postale.

Ai fini della graduatoria sono valutati solo i titoli di servizio posseduti alla data del 31 dicembre 2010 .

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.

Il medico che ha già presentato domanda a gennaio 2010 deve dichiarare solo titoli acquisiti nel corso dell'anno 2010, nonché eventuali titoli di servizio non presentati per le precedenti graduatorie.

ALLEGATO "A"

Dott. **Cognome**.....**Nome**.....**C. F.**.....

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 (0.10 punti per mese ragguagliato a 96 ore mensili di attività)*

A N N O

Azienda Sanitaria Locale.....

Gennaio dal..... al.....
ore.....

Febbraio dal..... al.....
ore.....

Marzo dal..... al.....
ore.....

Aprile dal..... al.....
ore.....

Maggio dal..... al.....
ore.....

Giugno dal..... al.....
ore.....

Luglio dal..... al.....
ore.....

Agosto dal..... al.....
ore.....

Settembre dal..... al.....
ore.....

Ottobre dal..... al.....
ore.....

Novembre dal..... al.....
ore.....

Dicembre dal..... al.....
ore.....

* per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare una o più volte l'allegato " A " .

A N N O

Azienda Sanitaria Locale.....

Gennaio dal..... al.....
ore.....

Febbraio dal..... al.....
ore.....

Marzo dal..... al.....
ore.....

Aprile dal..... al.....
ore.....

Maggio dal..... al.....
ore.....

Giugno dal..... al.....
ore.....

Luglio dal..... al.....
ore.....

Agosto dal..... al.....
ore.....

Settembre dal..... al.....
ore.....

Ottobre dal..... al.....
ore.....

Novembre dal..... al.....
ore.....

Dicembre dal..... al.....
ore.....

Firma.....

VDA Net
Banca Dati Sanitaria Farmaceutica