

**GRADUATORIA REGIONALE DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA**  
**ANNO \_\_\_\_\_**

MARCA DA  
BOLLO  
€ .....

All'Assessorato alla Sanità/Azienda Sanitaria \_\_\_\_\_

☐ **PRIMO INSERIMENTO**

☐ **INTEGRAZIONE TITOLI**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ sesso: M ☐ F ☐ codice fiscale

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

indirizzo: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP

tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

secondo quanto previsto dall'art. 15 dell'A.C.N. per la pediatria di libera scelta 15/12/2005 e s.m.i.,

**chiede**

l'inserimento nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta, a valere per l'anno \_\_\_\_ .

**dichiara**

- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta;
- (*facoltativo*) di essere disponibile all'inserimento nelle graduatorie aziendali per l'eventuale conferimento di incarico provvisorio o per sostituzioni nelle seguenti Aziende:

Azienda \_\_\_\_\_

Azienda \_\_\_\_\_

Azienda \_\_\_\_\_

Azienda \_\_\_\_\_

Azienda \_\_\_\_\_

Azienda \_\_\_\_\_

Azienda \_\_\_\_\_

Azienda \_\_\_\_\_

Azienda \_\_\_\_\_

Azienda \_\_\_\_\_

Azienda \_\_\_\_\_

Azienda \_\_\_\_\_

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:

☐ propria residenza;

☐ seguente indirizzo: 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. (cfr. punto 1a delle "Avvertenze Generali");
- ☐ di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;
- ☐ di essere iscritto all'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_
- ☐ 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 \_\_\_\_\_; (cfr. punto 1d delle "Avvertenze Generali")
- ☐ 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 \_\_\_\_\_ con previsione di conseguimento del titolo entro il 15 settembre p.v. (cfr. punto 1d delle "Avvertenze Generali");
- ☐ 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 conseguito il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_; (cfr. punto 7 delle "Avvertenze Generali");
- ☐ di essere in possesso della Patente Europea per l'utilizzo del PC conseguita il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_;
- ☐ di non fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 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 beneficino delle sole prestazioni della "quota A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM).

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

Firma \_\_\_\_\_

## **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:

[illegible]

Attività di sostituzione per attività sindacale del pediatra di libera scelta titolare:

[illegible]

Servizio in forma attiva 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:

[illegible]

Servizio di medico incaricato di assistenza primaria:

Anno \_\_\_ mese \_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_

Anno \_\_\_ mese \_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_

Anno \_\_\_ mese \_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_

Anno \_\_\_ mese \_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_

Anno \_\_\_ mese \_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_

Servizio di sostituzione di medico di assistenza primaria:

Anno \_\_\_ mese \_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ medico \_\_\_\_\_ ore \_\_\_

Anno \_\_\_ mese \_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ medico \_\_\_\_\_ ore \_\_\_

Anno \_\_\_ mese \_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ medico \_\_\_\_\_ ore \_\_\_

Anno \_\_\_ mese \_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ medico \_\_\_\_\_ ore \_\_\_

Anno \_\_\_ mese \_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ medico \_\_\_\_\_ ore \_\_\_

Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende:

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_

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:

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:

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

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:

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\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso Azienda\_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso Azienda\_\_\_\_\_

---

Il sottoscritto dichiara inoltre:

- di ☐non avere ☐avere subito 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\_\_\_\_\_;
- 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.

### AVVERTENZE GENERALI

1. 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

Possono presentare domande i medici che nell'anno acquisiranno il diploma di specializzazione, che dovrà essere posseduto ed autocertificato entro il 15 settembre p.v.;

2. I pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato non possono fare domanda di inserimento nella graduatoria (art. 15, comma 3, ACN per la Pediatria di libera scelta)
3. 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.
4. La domanda, in bollo, deve essere trasmessa con modalità telematica definita dalla Regione entro il 31 gennaio di ogni anno all'Assessorato regionale alla Sanità o all'Azienda Sanitaria individuata. Sono fatte salve differenti modalità di trasmissione disposte dalla Regione.
5. La mancata sottoscrizione della domanda o della dichiarazione sostitutiva, la trasmissione oltre il termine di scadenza comportano l'esclusione dalla graduatoria.
6. 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'omissione o l'incompletezza dei dati comporteranno la non attribuzione dei relativi punteggi. 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.

7. La conoscenza della lingua inglese (Allegato A) deve essere documentata dal possesso di certificato non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE).
8. Ai fini della graduatoria sono valutabili solo i titoli accademici, di studio e di servizio posseduti al 31 dicembre dell'anno precedente, nonché il diploma di specializzazione in pediatria, o discipline equipollenti, conseguito ed autocertificato entro il 15 settembre del corrente anno.

**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, si informa che:

- 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\_\_\_\_. Per tali finalità l'acquisizione dei dati è necessaria e il loro mancato conferimento, o una loro omissione, comporterà l'esclusione dalla procedura.
- 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.
- i dati personali saranno pubblicati sul sito istituzionale e sul Bollettino Ufficiale della Regione\_\_\_\_\_;
- Titolare del trattamento dei dati è \_\_\_\_\_
- Responsabile del trattamento dei dati è \_\_\_\_\_

Si autorizza l'Amministrazione al trattamento dei propri dati personali.

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

Firma\_\_\_\_\_