



REGIONE CALABRIA
Giunta Regionale
Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie
Settore Area Lea
Servizio Attività Territoriale – Prevenzione e Promozione della Salute

Catanzaro, 2009

Prot. n. 35400

Referente per quanto comunicato:
Vanda Leone tel 0961/856549.

Al Presidente dell' Ordine Provinciale
dei Medici Chirurghi della Regione Calabria
CATANZARO

Oggetto: A.C.N. 29 luglio 2009 - domanda per l'inclusione nella graduatoria unica regionale dei medici Pediatri di Libera Scelta valevole per l'anno 2011.

Come è noto i pediatri da incaricare per l'espletamento delle attività relative alla pediatria di libera scelta, sono tratti da graduatorie uniche per titoli, predisposte annualmente a livello regionale, a cura del competente Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie.

I Pediatri che aspirano all'iscrizione nella graduatoria annuale devono possedere i seguenti requisiti alla scadenza del termine della presentazione delle domande:

- Iscrizione all'Albo Professionale;
- Diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti.

Ai fini, dunque, dell'inclusione, nella suddetta graduatoria annuale i pediatri che intendono prestare la loro attività in questa Regione, devono presentare o inviare, con plico raccomandato, **entro e non oltre il 31 gennaio 2010**, alla Regione Calabria – Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie – Via Edmondo Buccarelli, 30 88100 Catanzaro -, una domanda conforme allo schema allegato A), corredata dalla documentazione atta a provare il possesso dei requisiti e dei titoli dichiarati o dall'autocertificazione e/o dichiarazione sostitutiva ai sensi della normativa vigente.

Ai fini della determinazione del punteggio valido per la graduatoria saranno valutati esclusivamente i titoli accademici e di servizio posseduti **alla data del 31/12/2009**.

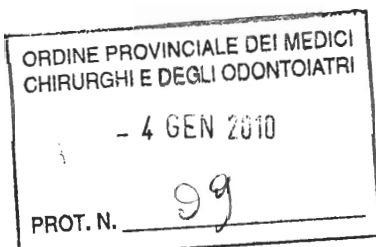
La domanda per l'inserimento nella graduatoria regionale viene presentata una sola volta ed è valida fino a revoca da parte del pediatra, mentre annualmente entro il termine sopra indicato, vengono presentate domande integrative dei titoli, aggiuntivi rispetto a quelli precedentemente allegati.

Pertanto, il pediatra che sia già iscritto nella graduatoria regionale dell'anno precedente deve presentare, per l'anno in corso, con la domanda integrativa, l'autocertificazione dell'iscrizione all'albo professionale e la documentazione probatoria degli ulteriori titoli acquisiti nel corso dell'ultimo anno (01/01/2009 - 31/12/2009) nonché di eventuali titoli non presentati per la precedente graduatoria.

La domanda, esente da imposta di bollo, deve essere corredata da copia di un documento d'identità in corso di validità.

Al fine di snellire le procedure di controllo da parte dell'ufficio sulle veridicità delle dichiarazioni contenute nelle autocertificazioni e/o nelle dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà, il medico può presentare una copia fotostatica anche non autenticata ed in carta semplice, dei relativi certificati di servizio ed attestati posseduti.

Con preghiera di curare la massima diffusione della presente circolare inviandone copia anche alle altre sedi provinciali, si ringrazia per la collaborazione e si porgono distinti saluti.



Il Dirigente del Servizio
(Dott.ssa Rossana Maiorà)

Catanzaro, Via Edmondo Buccarelli, 30

CAPITOLO 2
CAPITOLO 3
CAPITOLO 4
CAPITOLO 5 FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA REGIONALE DI
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA VALIDA PER IL PERIODO:

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

**Esente da
Imposta di bollo**

Il sottoscritto Dott. Cognome..... Nome.....

C.F.

ai sensi e agli effetti dell' art. 4 della legge 4 gennaio 1968, n. 15 come modificato e integrato dall'art. 2 del D.P.R. n. 403 del 20 ottobre 1998 recante il regolamento di attuazione degli articoli 1, 2 e 3 della legge 15 maggio 1997, n. 127, in materia di semplificazione delle certificazioni amministrative

D I C H I A R A

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 (0.20 punti per mese di attività);
dal..... al.....
presso.....
dal..... al.....
presso.....
dal..... al.....
presso.....
2. Attività di sostituzione per attività sindacale (0.20 per mese di attività);
dal.....al.....medico*A.S.L.....
.....
dal.....al.....medico.....A.S.L.....
...
dal.....al.....medico.....A.S.L.....
...

* inserire il nome del medico sostituito

3. Attività professionale svolta presso strutture sanitarie pubbliche (0.05 punti per mese di attività)
dal.....
al.....Struttura.....
dal.....al.....Struttura.....
...
dal.....
al.....Struttura.....
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 per mese)
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. 26 della legge 4 gennaio 1968, n. 15 e successive modificazioni e integrazioni, le dichiarazioni mendaci e la 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 dell'art. 2 – comma 11 – della legge 16 giugno 1998, n.191, la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica, ancorchè non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.

Informativa resa all'interessato per il trattamento di dati personali.

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 165 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 il periodo :*

- 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 ;*

- 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*

8. Di essere in possesso del titolo di animatore di formazione riconosciuto dalla Regione conseguito il..... presso.....

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

Data.....

Firma del dichiarante.....

(Non soggetta ad autenticazione)

(1) Ai sensi dell'art. 26 della Legge 4 Gennaio 1968, n.15 e successive modificazioni e integrazioni, le dichiarazioni mendaci e la falsità in atti, sono puniti dal codice penale. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

CAPITOLO 7 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) 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 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 o consegnata a mano entro e non oltre **il 31 gennaio** alla Regione

Per l'accoglimento della domanda farà fede il timbro postale o il timbro apposto dall'ufficio protocollo se consegnata a mano.

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

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 sia già stato iscritto nella graduatoria regionale valida per il periodo, deve dichiarare solo il possesso dei titoli di servizio acquisiti nel corso dell'anno nonché di eventuali titoli di servizio non presentati nella graduatoria valida per il periodo:.

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 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.....		

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

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

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.....

**DICHIARAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)**

Il sottoscritto Dott.....
nato a..... il..... residente in.....
Via/Piazza..... n..... iscritto all'Albo
dei..... della Provincia di.....
ai sensi e agli effetti dell'art.4, legge 4 gennaio 1968, n.15

Dichiara formalmente di

1. essere/non essere (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incarico o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):
Soggetto..... ore settimanali.....
Via..... Comune di.....
Tipo di rapporto di lavoro
2. essere/non essere (1) titolare di incarico come medico di medicina generale ai sensi del D.P.R. con massimale di n°..... scelte
Periodo: dal
3. essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato (1) come specialista ambulatoriale convenzionato: (2)
A.S.L. branca..... ore sett.....
A.S.L..... branca..... ore sett.....
4. essere/non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (2)
Provincia..... branca.....
Periodo: dal.....

Segue ALLEGATO I)

5. essere/non essere (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato (1), nella Regione..... o in altra Regione (2):
Regione..... A.S.L..... ore sett.....
in forma attiva - in forma di disponibilità (1)

6. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art.43 L. 833/78: (2)
Organismo..... ore sett.....
Via..... Comune di
Tipo di attività.....
Tipo di rapporto di lavoro.....
Periodo: dal.....

7. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art.43 L.833/78: (2)
Organismo..... ore sett.....
Via..... Comune di
Tipo di attività.....
Tipo di rapporto di lavoro.....
Periodo: dal.....

8. svolgere/non svolgere (1) funzioni di medico di fabbrica (2) o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:
Azienda..... ore sett.....
Via..... Comune di.....
Periodo: dal.....

9. svolgere/non svolgere (1) per conto dell'INPS o dell'A.S.L. di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte: (2)
A.S.L. Comune di.....
Periodo: dal.....

10. fruire/non fruire (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:
Periodo: dal.....

Segue ALLEGATO I)

11. svolgere/non svolgere (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

.....
.....

Periodo: dal.....

12. operare/non operare (1) a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi soggetto pubblico (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn.1,2,3, o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn.4,5,6):

Soggetto pubblico.....

Via..... Comune di

Tipo di attività.....

Tipo di rapporto di lavoro:.....

Periodo: dal.....

13. essere/non essere titolare (1) di trattamento di pensione a carico di: (2)

.....

.....

Periodo: dal.....

14. fruire/non fruire (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita: (2)

soggetto erogante il trattamento di adeguamento.....

.....

Periodo: dal.....

NOTE

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

data _____

Firma _____

(1) - cancellare la parte che non interessa

(2) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE".

Autentica della sottoscrizione

(T i m b r o)

L'anno duemila _____ addì _____

del mese di _____ è comparso _____ Signor

_____ della cui identità

s o n o c e r t o

per _____ quale, dopo essere stato _____ da me ammonit _____ sulla respon-sabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, mi ha reso la su-estesa dichiarazione, sottoscrivendola in mia presenza.

(Firma dell'incaricato)