



## REGIONE CALABRIA

### DOMANDA DI INTEGRAZIONE TITOLI

ALLA GRADUATORIA REGIONALE DEI MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

VALIDA PER L'ANNO 2016

IMPOSTA DI BOLLO

REGIONE CALABRIA  
DIPARTIMENTO TUTELA DELLA SALUTE  
SERVIZIO ATTIVITA' TERRITORIALI  
VIA BUCCARELLI N.30  
88100 CATANZARO

IL SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

COMUNE DI RESIDENZA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

CAP. \_\_\_\_\_ N. TEL \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### CHIEDE

L'aggiornamento del punteggio relativo ai propri titoli nella graduatoria regionale dei medici Pediatri di Libera Scelta valida per l'anno 2016.

ACCLUDE :

N.....DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI (AUTOCERTIFICAZIONE)

N.....DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DELL'ATTO NOTORIO

DATA.....

FIRMA \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

ai sensi e agli effetti di cui agli artt. 46, 47 e 48 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 e consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace.

### 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 ( 0.60 punti per mese di attività );

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

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

dal..... al.....medico\*\*.....A.S.P.....  
dal..... al.....medico.....A.S.P.....  
dal..... al.....medico.....A.S.P.....  
dal..... al.....medico.....A.S.P.....  
dal..... al.....medico.....A.S.P.....  
dal..... al.....medico.....A.S.P.....  
dal..... al.....medico.....A.S.P.....  
dal..... al.....medico.....A.S.P.....  
dal..... al.....medico.....A.S.P.....  
dal..... al.....medico.....A.S.P.....  
dal..... al.....medico.....A.S.P.....

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

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

dal.....al.....Struttura.....  
 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.P.....dal.....al.....  
 A.S.P.....dal.....al.....  
 A.S.P.....dal.....al.....  
 A.S.P.....dal.....al.....  
 A.S.P.....dal.....al.....  
 A.S.P.....dal.....al.....  
 A.S.P.....dal.....al.....  
 A.S.P.....dal.....al.....  
 A.S.P.....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.....  
 dal.....al.....presso.....  
 dal.....al.....presso.....  
 dal.....al.....presso.....  
 dal.....al.....presso.....  
 dal.....al.....presso.....  
 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. 10 della legge 31 dicembre 1996, n. 675 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. 13 della citata legge 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;

\* inserire il nome del medico sostituito

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
- AUTOCERTIFICAZIONE -**

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

**D I C H I A R A**

Di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università  
di..... in data..... con voto.....

**Specializzazione in pediatria o discipline equipollenti** ai sensi del D.M. 10 marzo '83 tab. B e  
successive integrazioni (4,00 punti)  
conseguita il.....presso..... con voto.....

**Specializzazione in discipline affini alla pediatria** ai sensi del D.M. 10 marzo '83 tab. B e successive  
integrazioni (2,00 punti)  
conseguita il.....presso.....

Di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di.....dal.....\*

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

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

Data.....

Firma del dichiarante.....

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

Ai sensi degli art. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000

Ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 , la presente dichiarazione non necessita di autenticazione della firma e sostituisce le normali  
certificazioni richieste o destinate ad una Pubblica Amministrazione e ai gestori di pubblici servizi.

( *Non soggetta ad autenticazione* )

Dott. Cognome.....Nome.....

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato nella medicina dei servizi o svolto, anche a titolo di sostituzione nei servizi di: continuità assistenziale o nell'emergenza sanitaria territoriale in forma attiva( 0,10 per mese ragguagliato a 96ore mensili di attività )\*

**A N N O .....Azienda Sanitaria .....**

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.....

**A N N O .....Azienda Sanitaria .....**

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.....**

\*Per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare una o più volte l'allegato “a”

## 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.

## AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

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:

essere titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (1).

Soggetto \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_ Tipo di rapporto di

lavoro \_\_\_\_\_ Periodo: dal \_\_\_\_\_

non essere titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (1).

---

essere titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° \_\_\_\_\_ scelte e con n° \_\_\_\_\_ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_

non essere titolare di incarico come medico di assistenza primaria

---

essere titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo Collettivo Nazionale con massimale di n° \_\_\_\_\_ scelte Periodo dal \_\_\_\_\_

non essere titolare di incarico come medico pediatra di libera

---

essere titolare di incarico come specialista ambulatoriale convenzionato interno

a tempo indeterminato

tempo o a tempo determinato: (1)

Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

non essere titolare di incarico a o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno

---

---

essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni: (1)

Provincia \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ Periodo: dal \_\_\_\_\_

non essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni

---

avere un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n.502/92:

Azienda \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Tipo di attività \_\_\_\_\_ Periodo: dal \_\_\_\_\_

non avere apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n.502/92:

---

essere titolare di incarico nella continuità assistenziale

a tempo indeterminato

a tempo determinato

nella Regione

altra regione (1): Regione \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_

in forma attiva

in forma di disponibilità

non essere titolare di incarico nella continuità assistenziale

---

essere titolare di incarico nella emergenza sanitaria territoriale

a tempo indeterminato

a tempo determinato

nella Regione

altra regione (1): Regione \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ in

in forma attiva

in forma di disponibilità

non essere titolare di incarico nella emergenza sanitaria territoriale

---

essere iscritto a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:



Denominazione del corso \_\_\_\_\_ Soggetto pubblico che lo svolge

\_\_\_\_\_ inizio dal \_\_\_\_\_

non essere iscritto a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:

---

operare a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni.

Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Comune  
di \_\_\_\_\_ Tipo di attività \_\_\_\_\_ Tipo di rapporto di lavoro Periodo: dal

\_\_\_\_\_

non operare a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni.

---

operare qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:

Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ Tipo di attività \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_ Periodo: dal \_\_\_\_\_

non operare qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:

---

svolgere funzioni di medico di fabbrica (1) o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:

Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Comune

di \_\_\_\_\_ Periodo: dal \_\_\_\_\_

non svolgere funzioni di medico di fabbrica (1) o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:

---

svolgere per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del

quale può acquisire scelte: (1) Azienda \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Periodo: dal \_\_\_\_\_

non svolgere per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte.

---

avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche: (1) \_\_\_\_\_ Periodo: dal \_\_\_\_\_

non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche:

---

essere titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale:

\_\_\_\_\_

non essere titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale.

---

fruire 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 \_\_\_\_\_

non fruire 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.

---

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

\_\_\_\_\_ Periodo: dal \_\_\_\_\_

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

---

essere titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato: (1)

Azienda \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Tipo di attività \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Periodo: dal \_\_\_\_\_

non essere titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato:

---

svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti) \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

---

operare a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e

formazione in medicina generale comunque prestata (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, 7):

Soggetto pubblico \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Comune di \_\_\_\_\_ Tipo di attività \_\_\_\_\_

Tipo di rapporto di lavoro: \_\_\_\_\_ Periodo: dal \_\_\_\_\_

non operare a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (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, 7):

---

essere titolare di trattamento di pensione. : (1) \_\_\_\_\_ Periodo: dal \_\_\_\_\_

non essere titolare di trattamento di pensione.

---

fruire di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto precedente : (1) soggetto erogante il trattamento pensionistico \_\_\_\_\_

Pensionato dal \_\_\_\_\_

NOTE: \_\_\_\_\_

non fruire di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto precedente :

---

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

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