



Data 03/04/2019 | Protocollo n. 0000053 Class. | Allegati n. 5

Oggetto: Modulo fac-simile domanda per l'inserimento nella graduatoria regionale predisposta ai fini del conseguimento degli incarichi nell'area della Pediatria di Libera Scelta, valida per l'anno 2020.

A mezzo Pec

Ai Signori
DIRETTORI GENERALI
delle Aziende UU.LL.SS.SS. del Veneto

Ai Signori
PRESIDENTI
degli Ordini dei Medici delle Province del Veneto

e, p.c.

Alla REGIONE DEL VENETO
Direzione Programmazione Sanitaria
U.O. Cure Primarie e LEA

Si trasmette in allegato, ai fini della massima diffusione ai medici interessati, il modulo fac-simile della domanda di iscrizione nella graduatoria unica regionale della Pediatria di Libera scelta, a valere per l'anno 2020, comprensiva dei seguenti allegati :

- avvertenze generali e fac-simili dichiarazioni sostitutive (Allegati A-B-C e D).

Si rappresenta che le domande di inclusione nella graduatoria regionale dovranno essere inviate ad **Azienda Zero dal 2 al 31 gennaio 2019 (termine perentorio)**, secondo le modalità indicate nelle avvertenze generali, e che tale documentazione è altresì disponibile al seguente indirizzo internet:

<https://salute.regione.veneto.it/azienda-zero>

Si rammenta infine che, ai fini dell'inserimento nella graduatoria in oggetto, la domanda deve essere presentata annualmente.

Distinti saluti.

Il Direttore Generale
Dott.ssa Patrizia Simionato

UOC Gestione Risorse Umane
Direttore: dott.ssa Maria Martelli
Referente dell'istruttoria: dott.ssa Chiara Tagliaro
Tel.: 049/8778261
mail: chiara.tagliaro@azero.veneto.it

UOC Gestione Risorse Umane
Passaggio Luigi Gaudenzio, 1- 35131 Padova
email: risorse.umane@azero.veneto.it
pec: protocollo.azero@pecveneto.it

2. aver conseguito la laurea in medicina e chirurgia, presso l'Università degli Studi di _____
 _____ in data ___/___/___ con voto _____/110 _____*;
 *se il voto di laurea non è espresso su 110 ma su 100, occorre specificarlo
3. aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale presso l'Università degli Studi di _____
 _____ anno _____ sessione _____;
4. aver ottenuto la prima iscrizione all'Ordine dei medici di _____
 _____ dal ___/___/___ al ___/___/___;
5. essere stato successivamente iscritto all'Ordine dei medici di:
 a) _____ dal ___/___/___ al ___/___/___;
 b) _____ dal ___/___/___ al ___/___/___;
6. essere in possesso del diploma di specializzazione in pediatria disciplina equipollente a
 pediatria (specificare) _____
 presso l'Università degli Studi di _____ in
 data ___/___/___ con voto _____/_____; se la specializzazione è stata conseguita ai
 sensi del D.L.vo n. 257/91 e del D.L.vo n. 368/99 come modificato dal D.L.vo n. 277/2003, dichiara
 anche il periodo di frequenza: dal giorno ___/___/___ al giorno ___/___/___;
7. non essere in possesso del diploma di specializzazione in pediatria disciplina
 equipollente a pediatria, ma di acquisirlo nell'anno. **Al riguardo si impegna ad
 autocertificare l'avvenuto possesso entro il 15/09/2019 ai fini dell'inserimento
 nella graduatoria provvisoria di cui al comma 6 del nuovo art. 15 come introdotto
 dall'art. 2 dell'ACN PLS 21/06/2018;**
8. aver svolto il servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile, dopo il conseguimento
 del diploma di laurea in Medicina: dal ___/___/___ al ___/___/___ c/o
 _____;
9. non avere avere subito provvedimenti di revoca o decadenza del rapporto
 convenzionale ai sensi dei rispettivi Accordi Collettivi Nazionali (in caso affermativo
 specificare la data di irrogazione effettiva della sanzione o la data di decadenza del
 rapporto convenzionale ___/___/___ e l'ASL che ha adottato il provvedimento
 _____);
10. di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali, ex art. 13 del
 Regolamento Europeo n. 679/2016, allegata al presente avviso;
11. di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi del D. Lgs. N.
 196/2003 e del Regolamento Europeo n. 679/2016, ai fini della gestione della presente
 procedura e degli adempimenti conseguenti.

Alla presente domanda allega inoltre i seguenti documenti relativi ai titoli accademici, di studio
 e di servizio valutabili ai fini della graduatoria predetta, **maturati al 31/12/2018** (vedi
 Avvertenze Generali - "Modalità di documentazione dei titoli accademici, di studio e di
 servizio"):

- n. ___ **dichiarazione sostitutiva di certificazione (allegato A);**
 n. ___ **dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (allegato B);**
 n. ___ **dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (allegato C);**
 n. ___ **certificazioni in originale rilasciate da Soggetti/Enti Privati o Esteri;**

Alla suddetta documentazione va allegata n. 1 copia fotostatica di valido documento di identità.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata alla propria residenza al domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ prov.(____)

indirizzo _____ n. ____ CAP _____

Tel. ____/____.

_____ data

_____ Firma per esteso e leggibile (1)

NOTA (1):

- La **firma** non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto.
- Nel caso in cui la domanda di iscrizione alla graduatoria regionale venga spedita a mezzo raccomandata A.R./PEC alla presente dichiarazione **dovrà essere allegata copia fotostatica del documento di identità del medico interessato.**
- La mancata sottoscrizione della domanda è motivo di esclusione dalla graduatoria.

AVVERTENZE GENERALI

L'Accordo Collettivo Nazionale della pediatria di libera scelta recepito in Conferenza Stato-Regioni in data 21/06/2018 ha riformulato all'art. 2 e all'allegato 1 rispettivamente i precedenti articoli 15 "Graduatoria regionale" e 16 "Titoli per la formazione delle graduatorie" introducendo alcune novità sia nei requisiti di accesso alla graduatoria sia nel riconoscimento del relativo punteggio a titoli accademici e di servizio.

A valere dalla graduatoria valida per l'anno 2020 (presente domanda) si applicheranno le nuove disposizioni.

REQUISITI PER L'ACCESSO ALLA GRADUATORIA:

- 1) iscrizione all'Albo Professionale;
- 2) cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti;
- 3) essere in possesso del diploma di specializzazione in Pediatria o discipline equipollenti come di seguito elencate:
 - Pediatria
 - Clinica pediatrica
 - Pediatria e puericultura
 - Puericultura
 - Pediatria preventiva e sociale
 - Neonatologia
 - Pediatria preventiva e puericultura
 - Pediatria sociale e puericultura
 - Puericultura e dietetica infantile
 - Puericultura ed igiene infantile
 - Puericultura, dietetica infantile e assistenza sociale dell'infanzia.

Ai fini dell'inclusione nella graduatoria regionale, valida per l'anno 2020, **i pediatri che conseguiranno il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i. successivamente al 31 gennaio 2019 ed entro il 15 settembre 2019 possono presentare** domanda debitamente compilata e sottoscritta come da schema allegato e **in regola con le vigenti norme sull'imposta di bollo**, sempre entro il termine del 31 gennaio 2019. **Il titolo deve essere posseduto ed autocertificato all'Azienda Zero entro il 15 settembre 2019.**

La domanda, indirizzata all'AZIENDA ZERO - UOC GESTIONE RISORSE UMANE - PASSAGGIO LUIGI GAUDENZIO, 1 - 35131 PADOVA, può essere consegnata a mano (solo c/o Ufficio Protocollo – Passaggio Luigi Gaudenzio, 1 – Padova) o inviata a mezzo raccomandata A/R, entro la stessa data. Farà fede, in quest'ultimo caso, la data del timbro postale. La domanda può essere inviata anche a mezzo PEC (da trasmettere esclusivamente da indirizzo PEC nominativo personale del pediatra e indirizzata a: protocollo.azero@pecveneto.it). In tal caso leggere, compilare e spedire obbligatoriamente anche l'allegato D. Si rammenta che, ai fini dell'inserimento nella graduatoria, la domanda deve essere presentata annualmente.

COSTITUISCONO MOTIVI DI ESCLUSIONE DALLA PRESENTE PROCEDURA:

- 1) LA MANCANZA DELLA FIRMA NELLA DOMANDA;
- 2) LA MANCATA TRASMISSIONE IN ALLEGATO ALLA DOMANDA DI COPIA DI UN VALIDO DOCUMENTO DI IDENTITÀ;
- 3) L'OMESSA DICHIARAZIONE DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE DEI MEDICI (si ricorda che l'iscrizione all'Ordine dei Medici viene attestata dall'interessato compilando i punti 4 e 5 dell'Autocertificazione - che fa parte integrante della domanda di iscrizione alla graduatoria unica regionale - e che la stessa ha validità di 6 mesi);
- 4) LA MANCANZA della CITTADINANZA italiana o di altro Paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti;
- 5) LA MANCATA TRASMISSIONE DELLA DOMANDA ENTRO IL PREDETTO TERMINE PERENTORIO DEL **31/01/2019** CON LE MODALITÀ SOPRAELENCAATE.

MODALITA' DI DOCUMENTAZIONE DEI TITOLI ACCADEMICI, DI STUDIO E DI SERVIZIO

Ai sensi delle modifiche al D.P.R. 445/2000 introdotte dall'art. 15 della L. 183/2011, a decorrere dal 01.01.2012 le Amministrazioni Pubbliche non possono accettare certificazioni rilasciate da Amministrazioni Pubbliche o gestori di pubblici servizi, pena la mancata valutazione dei titoli oggetto della certificazione. Pertanto, **per essere oggetto di valutazione, i titoli conseguiti presso una Amministrazione Pubblica o un gestore di Pubblico Servizio, devono essere obbligatoriamente autocertificati ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., con indicazione di tutti gli elementi per una corretta valutazione dei titoli stessi** (vedi Allegati A e B).

I titoli conseguiti presso soggetti privati o esteri possono invece essere allegati alla domanda di partecipazione in originale o in copia legale o autenticata ai sensi di legge, ovvero anche in fotocopia, munita di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, sottoscritta dal candidato, attestante che la copia allegata è conforme all'originale, ai sensi dell'articolo 19 del DPR 445/2000 e s.m.i. (vedi Allegato C). Nel caso in cui il candidato non possa produrre gli originali o le fotocopie dei suddetti titoli con le modalità sopra descritte, può dichiararne il possesso attraverso apposita dichiarazione sostitutiva (vedi Allegati A e B).

I **titoli accademici e di studio** posseduti e i **titoli di servizio** svolto vengono documentati dall'interessato mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione (**Allegato A**), ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., e mediante dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (**Allegato B**), ai sensi dell'art. 47 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., in carta semplice, dalla quale risultino:

- a. i propri dati anagrafici;
- b. la seguente **formula**:
 - **dichiarazione sostitutiva di certificazione**: "il sottoscritto (dati anagrafici) sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e s.m.i, dichiara di essere in possesso dei titoli accademici e di studio di seguito indicati";
 - **dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà**: "il sottoscritto (dati anagrafici) sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e s.m.i, dichiara di essere in possesso dei titoli di servizio di seguito indicati";
- c. l'**esatto indirizzo** dell'Università/Ente presso il quale si è conseguito il titolo o si è svolto il servizio, come segue: nome dell'Università/Ente, via, numero civico, C.A.P., Città (prov.), numero telefonico e numero di fax;

- d. **tutti** gli elementi necessari per la corretta valutazione del titolo;
- e. la **firma**: non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto. Nel caso in cui la domanda di iscrizione alla graduatoria regionale venga spedita a mezzo raccomandata A.R./PEC, alla presente dichiarazione dovrà essere allegata copia fotostatica di un valido documento di identità del medico interessato. La mancanza di sottoscrizione comporta la nullità della dichiarazione sostitutiva.

La dichiarazione sostitutiva di certificazione e la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dovranno essere complete e leggibili per consentirne la corretta valutazione e i necessari controlli di veridicità (art. 71 D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.). Qualora dal controllo emerga la non veridicità di quanto dichiarato e prodotto, l'interessato decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera oltre a soggiacere alle sanzioni penali previste in ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci.

ELEMENTI NECESSARI PER L'ATTRIBUZIONE DEL PUNTEGGIO

Ai fini di una corretta valutazione del punteggio si ribadisce, inoltre, quanto segue:

- a) l'attività di Medicina dei Servizi a tempo indeterminato, nonché l'attività di Continuità Assistenziale e di Emergenza Sanitaria Territoriale a tempo indeterminato e a tempo determinato, devono essere documentate indicando per ogni mese di attività le **effettive ore svolte**;
- b) l'attività di medico specialista pediatra di libera scelta deve essere documentata indicando specificatamente l'Accordo Collettivo Nazionale di riferimento.
- c) astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio durante il periodo di incarico a tempo indeterminato nell'Area di Pediatria potrà essere documentata, *indicando la data di inizio e di fine*, con dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà secondo l'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.

N.B. Ai sensi dell'Allegato 1, comma 3 dell'ACN Pediatria di Libera Scelta del 21/06/2018: "I titoli di servizio non sono cumulabili se riferiti ad attività svolte nello stesso periodo. In tal caso è valutato il titolo che comporta il punteggio più alto. Le attività di servizio eventualmente svolte durante la scuola di specializzazione in pediatria o equipollente di cui all'articolo 15, comma 2, lettera c) non sono valutabili. Il punteggio per attività di servizio eventualmente svolto durante le scuole di specializzazione è alternativo a quello riconosciuto al comma 1, punto I, lettere b) e c) del presente Allegato (vedi www.sisac.info)"

I documenti autocertificati/allegati alla domanda degli anni precedenti sono acquisiti agli atti, purché ne venga fatto espresso riferimento, barrando la colonna "B" delle rispettive "Dichiarazioni sostitutive".

La dichiarazione sostitutiva di certificazione e la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà comprovanti i titoli posseduti dovranno essere tali da consentirne la valutazione; non si terrà conto delle dichiarazioni dalle quali non sia possibile dedurre precisamente i dati di valutazione o di quella mancante rispetto a quanto dichiarato dal medico nella domanda.

Per informazioni telefonare al numero 049/8778261
Sito Internet => <https://salute.regione.veneto.it/aziendazero>
Email => risorse.umane@azero.veneto.it

NOTA BENE
Principi applicabili a tutti i trattamenti effettuati da soggetti pubblici – del Regolamento Europeo n. 679/2016 e normativa nazionale di riferimento in particolare il D.Lgs. n. 196/2003 e il D.Lgs. n. 101/2018: i dati personali che l'Azienda Zero acquisisce verranno trattati esclusivamente per lo svolgimento degli adempimenti istituzionali previsti dagli articoli 15 e 16 dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, recepito mediante Intesa del 23/03/2005 e s.m.i.. Gli indirizzi di residenza/posta elettronica/pec e recapiti telefonici potranno essere forniti alle UU.LL.SS.SS. del Veneto ai fini del conferimento di incarichi (si invita a indicare il proprio indirizzo PEC)..

INFORMATIVA

per il trattamento dei dati personali,

ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016

1. Premessa

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016, l'Azienda Zero della Regione Veneto, in qualità di "Titolare" del trattamento, è tenuta a fornireLe informazioni in merito all'utilizzo dei suoi dati personali.

2. Identità e dati di contatto del titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento dei dati personali di cui alla presente informativa è l'Azienda Zero della Regione Veneto, con sede a Padova (cap.: 35131) – Passaggio Luigi Gaudenzio, 1.

Al fine di semplificare le modalità di inoltro e ridurre i tempi per il riscontro si invita a presentare le richieste di cui al paragrafo n. 9, all'Azienda Zero – UOC Gestione Risorse Umane, al seguente indirizzo di posta elettronica certificata (PEC): protocollo.azero@pecveneto.it.

3. Responsabile della protezione dei dati personali

L'Azienda Zero ha designato quale Responsabile della protezione dei dati l'avv. Piergiorgio Cervato, dello Studio Legale Cervato Law & Business, con sede a Padova, Via Niccolò Tommaseo n. 78/C.

4. Soggetti autorizzati al trattamento

I Suoi dati personali sono trattati da personale interno previamente autorizzato e designato quale incaricato del trattamento, cui sono impartite idonee istruzioni in ordine a misure, accorgimenti, modus operandi, tutti volti alla concreta tutela dei Suoi dati personali.

5. Finalità e base giuridica del trattamento

Il trattamento dei Suoi dati personali viene effettuato dall'Azienda Zero per gli adempimenti previsti per legge finalizzati alla stesura della graduatoria regionale di Pediatria di Libera Scelta per l'anno 2019.

6. Destinatari dei dati personali

I Suoi dati personali saranno oggetto di comunicazione ad altre Pubbliche Amministrazioni per l'effettuazione delle verifiche relative alla veridicità delle dichiarazioni sostitutive ai sensi del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, nonché per l'acquisizione, ai sensi delle vigenti disposizioni legislative, della documentazione necessaria in caso dell'eventuale instaurazione del rapporto di convenzionamento con le Aziende ULSS della Regione del Veneto.

7. Trasferimento dei dati personali ai Paesi extra UE

I Suoi dati personali non sono trasferiti al di fuori dell'Unione Europea.

8. Periodo di conservazione

I Suoi dati personali sono conservati per un periodo di 10 anni dalla data del provvedimento di presa d'atto dell'esito del presente procedimento.

9. I Suoi diritti

Nella Sua qualità di interessato, Lei potrà esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento Europeo n. 679/2016, tra cui il diritto:

- di accesso ai dati personali
- di ottenere la rettifica dei dati personali inesatti
- di ottenere la cancellazione dei dati personali qualora non fossero più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti nonché nel caso in cui i dati personali siano stati trattati illecitamente
- di opporsi al trattamento dei propri dati personali
- di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali

10. Conferimento dei dati

Il conferimento dei Suoi dati è necessario per le finalità sopra indicate.

Il mancato conferimento comporterà l'esclusione dalla partecipazione al presente procedimento.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e successive modifiche ed integrazioni)

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa _____,
 nato/a a _____, il ___/___/_____,
 cittadinanza _____
 sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non
 veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e s.m.i.,

D I C H I A R A

di essere in possesso dei titoli accademici e di studio di seguito indicati:

[N.B. per inserire ulteriori titoli, fotocopiare la pagina interessata, aggiungendo "/bis", "/ter" ecc. al numero di pag.]

A (1)	B (2)	I – Titoli accademici e di studio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1) <u>Specializzazione</u> in pediatria o discipline <u>equipollenti</u> ai sensi della tabella B del D.M. 30/01/1998 e s.m.i. (per ciascuna specializzazione 4,00 punti) specializzazione in _____ presso l'Università degli Studi di _____ indirizzo _____ numero di telefono _____ numero di fax _____ in data ___/___/_____; se la specializzazione è stata conseguita ai sensi del D.Lgs. n. 257/91 e D.Lgs. n. 368/99 come modificato dal D.Lgs. n. 277/2003, dichiara anche il periodo di frequenza dal ___/___/_____ al ___/___/_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2) <u>Specializzazione</u> in disciplina <u>affine</u> alla pediatria ai sensi della tabella B del D.M. 31/01/1998 e s.m.i. (per ciascuna specializzazione 2,00 punti) specializzazione in _____ presso l'Università degli Studi di _____ indirizzo _____ numero di telefono _____ numero di fax _____ in data ___/___/_____; se la specializzazione è stata conseguita ai sensi del D.Lgs. n. 257/91 e D.Lgs. n. 368/99 come modificato dal D.Lgs. n. 277/2003, dichiara anche il periodo di frequenza dal ___/___/_____ al ___/___/_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3) <u>Specializzazione</u> in discipline <u>diverse</u> da quelle previste ai punti precedenti (per ciascuna specializzazione 0,20 punti) <input type="checkbox"/> special. in _____ presso l'Università degli Studi di _____ _____ numero di telefono _____ numero di fax _____ in data ___/___/_____; periodo di frequenza dal ___/___/_____ al ___/___/_____

[]	[]	<p>4) Conoscenza della lingua inglese documentata dal possesso di certificato non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE) (complessivamente 0,50 punti)</p> <p>conseguito in data ___/___/_____ presso _____</p> <p>indirizzo _____</p> <p>numero di telefono _____ numero di fax _____</p>
[]	[]	<p>5) Conoscenza dei principali programmi informatici documentata dal possesso della Patente europea per l'utilizzo del PC (ECDL) (complessivamente 0,25 punti)</p> <p>conseguito in data ___/___/_____ presso _____</p> <p>indirizzo _____</p> <p>numero di telefono _____ numero di fax _____</p>

- 1) Barrare la colonna "A" in corrispondenza dei titoli di cui si chiede la valutazione per la prima volta con la presente domanda.
- 2) Barrare la colonna "B" in corrispondenza dei titoli che sono stati autocertificati/presentati e valutati in occasione di precedenti domande e sono acquisiti agli atti e siano tali da poterne consentire la valutazione.

data

Firma per esteso e leggibile (1)

NOTA (1):

- La **firma** non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto.
- Nel caso in cui la domanda di iscrizione alla graduatoria regionale venga spedita a mezzo raccomandata A.R./PEC alla presente dichiarazione **dovrà essere allegata copia fotostatica del documento di identità del medico interessato.**
- La mancanza di sottoscrizione comporta la nullità della dichiarazione sostitutiva.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

(ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e successive modifiche ed integrazioni)

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa _____,
nato/a a _____, il ___/___/_____,
sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non
veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e s.m.i.,

D I C H I A R A

di essere in possesso dei titoli di servizio di seguito indicati:

[N.B. per inserire ulteriori periodi, fotocopiare la pagina interessata, aggiungendo "/bis", "/ter" ecc. al numero di pag.]

A (1)	B (2)	II - Titoli di servizio
		8) Attività di specialista pediatra di libera scelta convenzionato ai sensi dell'art. 48 Legge n. 833/78 e dell'art. 8 co. 1 D.L.vo 502/92 e successive modificazioni, con incarico a tempo indeterminato o provvisorio e per attività di sostituzione. [1,10 punti per ciascun mese complessivo - per l'attività sindacale il mese corrisponde a 96 ore]
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Attività di sostituzione di cui al punto precedente per attività sindacale :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ore ___ medico _____ ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ore ___ medico _____ ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ore ___ medico _____ ASL _____ 1

¹ indicare altresì l'esatto indirizzo dell'ASL/medico utilizzando la parte finale del presente Allegato

		<p>9) 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. (0,10 punti per ogni mese ragguagliato a 96 ore di attività) [Per ciascun mese solare non può essere considerato un numero di ore superiore a quello massimo consentito dall'ACN relativo al settore]</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____ 1
		<p>10) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, o svolto a titolo di sostituzione, nella medicina generale - settore assistenza primaria (0,10 punti per mese di attività)</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ 1
		<p>11) Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende U.S.L. (0,10 punti per ciascun mese complessivo)</p>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____ 1

		<p>¹ indicare altresì l'esatto indirizzo dell'Ente utilizzando la parte finale del presente Allegato</p> <p>12) Servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina. (0,05 punti per ciascun mese)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ ¹</p> <p>13) Attività di specialista pediatra svolta all'estero ai sensi della L. 11/08/2014, n. 125, della L. 10/07/60, n. 735 e successive modificazioni, e del D.M. 1/09/88, n. 430. (0,10 punti per ciascun mese complessivo)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ ¹</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ ¹</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ ¹</p> <p>14) Attività di specialista pediatra svolta a qualsiasi titolo presso strutture sanitarie pubbliche non espressamente contemplate nei punti che precedono. (0,05 punti per ciascun mese complessivo)</p> <p>[* specificare altresì attività e tipologia del rapporto di lavoro (es. dipendente, specialista ambulatoriale interno, ...)]</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ ¹</p> <p>* _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ ¹</p> <p>* _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ ¹</p> <p>* _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ ¹</p> <p>* _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ ¹</p> <p>* _____</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ ¹</p> <p>* _____</p> <p><u>Decreto Legislativo n. 151/2001 art. 22) commi 3 e 5: "Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell'art. 15) della Legge n. 53/2000".</u></p> <p>Astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio durante il periodo di incarico a tempo indeterminato <u>nell'Area della pediatria di libera scelta</u> (fino a un massimo di mesi cinque per ogni evento).</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ ¹</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ ¹</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ ¹</p> <p>¹ indicare altresì l'esatto indirizzo dell'Ente utilizzando la parte finale del presente Allegato</p>

- 1) Barrare la colonna "A" in corrispondenza dei servizi di cui si chiede la valutazione per la prima volta con la presente domanda.
- 2) Barrare la colonna "B" in corrispondenza dei servizi che sono stati autocertificati/presentati e valutati in occasione di precedenti domande e sono acquisiti agli atti e siano tali da poterne consentire la valutazione. SEGUE

Recapiti degli Enti/ASL/medici più sopra indicati:

Ente/ASL/medico _____

Via/Piazza _____ n _____ C.A.P. _____

Città _____ Prov. _____ Telefono _____

Fax _____ note _____

Ente/ASL/medico _____

Via/Piazza _____ n _____ C.A.P. _____

Città _____ Prov. _____ Telefono _____

Fax _____ note _____

Ente/ASL/medico _____

Via/Piazza _____ n _____ C.A.P. _____

Città _____ Prov. _____ Telefono _____

Fax _____ note _____

Ente/ASL/medico _____

Via/Piazza _____ n _____ C.A.P. _____

Città _____ Prov. _____ Telefono _____

Fax _____ note _____

Ente/ASL/medico _____

Via/Piazza _____ n _____ C.A.P. _____

Città _____ Prov. _____ Telefono _____

Fax _____ note _____

Ente/ASL/medico _____

Via/Piazza _____ n _____ C.A.P. _____

Città _____ Prov. _____ Telefono _____

Fax _____ note _____

Ente/ASL/medico _____

Via/Piazza _____ n _____ C.A.P. _____

Città _____ Prov. _____ Telefono _____

Fax _____ note _____

Data _____

Firma per esteso e leggibile (1)

NOTA (1):

- La **firma** non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto.
- Nel caso in cui la domanda di iscrizione alla graduatoria regionale venga spedita a mezzo raccomandata A.R./PEC alla presente dichiarazione **dovrà essere allegata copia fotostatica del documento di identità del medico interessato.**
- La mancanza di sottoscrizione comporta la nullità della dichiarazione sostitutiva.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

(ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e successive modifiche ed integrazioni)

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa _____,
nato a _____, il ___/___/_____,
in riferimento alla domanda di iscrizione alla graduatoria regionale del Veneto per la Pediatria
di libera scelta dell'anno **2020**,

D I C H I A R A

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste, in caso di
dichiarazioni non veritiere, dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e smi recante il
"Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione
amministrativa", **che le ALLEGATE FOTOCOPIE DELLE CERTIFICAZIONI RILASCIATE DA
SOGGETTI/ENTI PRIVATI O ESTERI dei titoli di servizio svolto, sotto elencate, sono
conformi agli originali in proprio possesso:**

- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____

Data _____

Firma per esteso e leggibile (1)

NOTA (1):

- La **firma** non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto.
- Nel caso in cui la domanda di iscrizione alla graduatoria regionale venga spedita a mezzo raccomandata A.R./PEC alla presente dichiarazione **dovrà essere allegata copia fotostatica del documento di identità del medico interessato.**
- La mancanza di sottoscrizione comporta la nullità della dichiarazione sostitutiva.

**Da compilare, firmare e trasmettere obbligatoriamente
solo in caso di trasmissione a mezzo PEC (Posta Elettronica Certificata)
attenendosi alle indicazioni riportate in calce**

DICHIARAZIONE

(ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e successive modifiche ed integrazioni)

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa _____,
nato a _____, il ___/___/_____,
indirizzo pec: _____ *(intestata al
medico che presenta la domanda)*, in riferimento alla domanda di iscrizione alla graduatoria unica
regionale del Veneto per la medicina generale dell'anno **2020**,

D I C H I A R A

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste, in caso di
dichiarazioni non veritiere,

1. di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di euro 16,00 tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo sul cartaceo della presente domanda trattenuto presso il/la sottoscritto/a; a tal proposito dichiara inoltre che la marca da bollo di euro 16,00 applicata è la seguente:
 - a. data e ora di emissione: _____
 - b. IDENTIFICATIVO n. _____
2. di conservare l'originale della domanda di cui sopra per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione;

Data _____

Firma per esteso e leggibile (1)

INDICAZIONI PER LA CORRETTA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA TRAMITE PEC:

- 1) scaricare e stampare la modulistica;
- 2) compilare la domanda in tutte le parti che interessano, apporre data e firma ove indicato;
- 3) applicare la marca da bollo e annullarla firmandola e/o datandola *(ai sensi dell'art. 12 del DPR n. 642/1972 e s.m.i., si precisa infatti che l'annullamento delle marca deve avvenire "mediante perforazione o apposizione della sottoscrizione di una delle parti o della data o di un timbro parte su ciascuna marca, e parte sul foglio. Per l'annullamento deve essere usato inchiostro o matita copiativa. (...) E' vietato usare marche deteriorate o usate in precedenza")*;
- 4) eseguire una scansione di tutte le pagine da inviare e salvarle solo ed esclusivamente in formato pdf come unico file nominandolo come segue: cognome-nome-pls-2020.pdf (es. rossi-mario-pls-2020.pdf);
- 5) inviare il file di cui al punto precedente esclusivamente tramite indirizzo PEC nominativa personale del medico che presenta la domanda all'indirizzo: protocollo.azero@pecveneto.it; l'oggetto del messaggio pec dev'essere lo stesso del file di cui al precedente punto 4.

NOTA (1):

- La **firma** non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto.
- Nel caso in cui la domanda di iscrizione alla graduatoria regionale venga spedita a mezzo raccomandata A.R./PEC alla presente dichiarazione **dovrà essere allegata copia fotostatica del documento di identità del medico interessato.**
- La mancanza di sottoscrizione comporta la nullità della dichiarazione sostitutiva.
