



REGIONE MOLISE
Direzione Generale per la Salute
Servizio Risorse Umane del
S.S.R. , Formazione, E.C.M.

PEC: regionemolise@cert.regione.molise.it

DOMANDA DI INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA REGIONALE DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA

VALIDA PER L'ANNO 2024

Il/La sottoscritto/a, secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Pediatri di Libera Scelta 29 luglio 2009 e s.m.i., chiede di essere inserito/a nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta, valevole per l'anno 2024 (barrare se trattasi di domanda di primo inserimento o di integrazione titoli):

PRIMO INSERIMENTO

in possesso del diploma di specializzazione in pediatria o equipollente

diploma di specializzazione in pediatria o equipollente da acquisire, autocertificare e trasmettere a mezzo PEC entro il 15 settembre 2023

INTEGRAZIONE TITOLI

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e ss.mm.ii.,

dichiara

sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, previste dall'art. 76 del citato D.P.R.:

Dati anagrafici

CognomeNome
nato/a a Prov.
il Codice Fiscale
Comune di residenza..... Prov.
Indirizzo n. CAP
Indirizzo e-mail Indirizzo PEC
Recapito telefonico

Indirizzo presso il quale inviare eventuali comunicazioni:

la propria residenza

il domicilio sotto indicato:

c/oComuneProv.
Indirizzo n. CAP
Indirizzo e-mail Indirizzo PEC
Recapito telefonico

di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta;

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. 165/2001 e s.m.i.;

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 Ministero 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 medici che beneficiano delle sole prestazioni della "quota A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM).

(da compilare obbligatoriamente anche in caso di integrazione titoli)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(art. 46 del D.P.R. N. 445/2000)

Il/La

sottoscritto/a _____

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione e falsità in atti previste dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, e che, secondo quanto disposto dall'art.75 dello stesso D.P.R., ha luogo la decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere

dichiara

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000

- di essere iscritto all'Ordine dei Medici della provincia di _____ dal _____;
- di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di _____ in data _____ con votazione _____ / _____;
- di essere in possesso della specializzazione in Pediatria o disciplina equipollente (*punti 4,00*), (*specificare*) _____ ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i conseguita presso l'Università di _____ in data _____ con votazione _____ / _____ frequenza dal _____ al _____;
- 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 2023;
- di essere in possesso della specializzazione in _____ disciplina affine alla Pediatria (ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i.) (*punti 2,00*), conseguita presso l'Università di _____; in data _____ con votazione _____ / _____ frequenza dal _____ al _____;
- di essere in possesso della specializzazione in discipline diverse da quelle sopra indicate (*punti 0,20*) (*specificare*) _____ conseguita presso l'Università di _____ in data _____ con votazione _____ / _____ frequenza dal _____ al _____;

- di essere in possesso di certificato di conoscenza della lingua inglese (non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo) (punti 0,50) conseguito il ___/___ /___ presso _____;
- di essere in possesso della Patente Europea per l'utilizzo del PC (ECDL) (punti 0,25) conseguita il ___/___ /___ presso _____.

Data _____

_____ Firma

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO PER I SERVIZI PRESTATI
(art. 47 del D.P.R. N. 445/2000)**

Il/La sottoscritto/a, _____

codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o falsità in atti previste dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, e che, secondo quanto disposto dall'art.75 dello stesso D.P.R., ha luogo la decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere

dichiara

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000

- di essere in possesso dei seguenti titoli di servizio:

1. Attività di specialista pediatra di libera scelta convenzionato ai sensi dell'art. 48, Legge n.833/78 e dell'art. 8, comma 1, D. Lgs. 502/92 e s.m.i., con incarico a tempo indeterminato o provvisorio e per attività di sostituzione (1,10 punti per mese di attività):

dal	/	__	/	__	al	__	/	__	Azienda	_____	pediatra	_____
dal	/	__	/	__	al	__	/	__	Azienda	_____	pediatra	_____
dal	/	__	/	__	al	__	/	__	Azienda	_____	pediatra	_____
dal	/	__	/	__	al	__	/	__	Azienda	_____	pediatra	_____
dal	/	__	/	__	al	__	/	__	Azienda	_____	pediatra	_____
dal	/	__	/	__	al	__	/	__	Azienda	_____	pediatra	_____
dal	/	__	/	__	al	__	/	__	Azienda	_____	pediatra	_____

2. Attività di sostituzione per attività sindacale (1,10 per mese di attività ragguagliato a 96 ore):

dal	/	__	/	__	al	__	/	__	Azienda	_____	pediatra*	_____	ore	_____
dal	/	__	/	__	al	__	/	__	Azienda	_____	pediatra*	_____	ore	_____
dal	/	__	/	__	al	__	/	__	Azienda	_____	pediatra*	_____	ore	_____
dal	/	__	/	__	al	__	/	__	Azienda	_____	pediatra*	_____	ore	_____

*(inserire il nome del pediatra sostituito)

3. 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, di assistenza primaria (0,10 punti per mese ragguagliato a 96 ore di attività):

ANNO _____ **Azienda Sanitaria Locale** _____

Gennaio	dal	_____	al	_____	ore	_____	attività	_____
Febbraio	dal	_____	al	_____	ore	_____	attività	_____
Marzo	dal	_____	al	_____	ore	_____	attività	_____
Aprile	dal	_____	al	_____	ore	_____	attività	_____
Maggio	dal	_____	al	_____	ore	_____	attività	_____
Giugno	dal	_____	al	_____	ore	_____	attività	_____
Luglio	dal	_____	al	_____	ore	_____	attività	_____
Agosto	dal	_____	al	_____	ore	_____	attività	_____
Settembre	dal	_____	al	_____	ore	_____	attività	_____
Ottobre	dal	_____	al	_____	ore	_____	attività	_____
Novembre	dal	_____	al	_____	ore	_____	attività	_____
Dicembre	dal	_____	al	_____	ore	_____	attività	_____

4. Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende Sanitarie Locali (0,10 per mese):

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

5. Servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina (0,05 per mese):

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

6. Attività di specialista pediatra svolta all'estero ai sensi della Legge 11 agosto 2014, n. 125; della Legge 10 luglio 1960, n.735 e successive modificazioni, e del decreto ministeriale 1° settembre 1988, n. 430 (0,10 punti per mese):

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____

7. Attività di specialista pediatra svolta a qualsiasi titolo presso strutture sanitarie pubbliche non espressamente contemplate nei punti che precedono (0,05 punti per mese):

dal ___/___/___ al ___/___/___ Struttura _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Struttura _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Struttura _____

Il sottoscritto 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 _____

Il sottoscritto dichiara inoltre:

- di non aver avere subito provvedimenti di revoca del rapporto convenzionale di medico di pediatria. 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.

Allegati:

- copia di documento di identità in corso di validità
- certificato di conoscenza della lingua inglese (QCE);
- patente europea per l'utilizzo del P.C. (ECDL);
- n. copie fotostatiche di certificati di servizio
- n. fogli relativi a titoli accademici e/o di attività.

Data _____

Firma

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI 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 2023. Per tali finalità l'acquisizione dei dati è necessaria e il loro mancato conferimento, o una loro omissione, può comportare l'esclusione dalla procedura;
- il trattamento viene effettuato mediante strumenti cartacei e informatici;
- il Titolare del trattamento dei dati personali di cui alla presente Informativa è la Regione Molise, con sede in Campobasso, Via Genova n.11, c.a.p. 86100, nella persona del Presidente della Giunta regionale pro-tempore, quale Rappresentante legale, indirizzo PEC: regionemolise@cert.regione.molise.it;
- il Responsabile della Protezione dei dati Personali (RDP – DPO), giusta deliberazione della Giunta regionale n. 501 del 23 dicembre 2020, è il dott. Mario Cuculo, dirigente della Regione Molise, contattabile all'indirizzo e-mail: dpo@regione.molise.it; telefono 08744291;
- i dati saranno conservati presso gli archivi cartacei e/o informatizzati esistenti presso la Direzione Generale per la Salute – Servizio Risorse Umane del S.S.R., Formazione, E.C.M. – Via N. Sauro, 1 – Campobasso. Essi saranno conservati per il periodo di tempo stabilito dalle norme in materia di conservazione di atti e documenti della Pubblica Amministrazione;
- l'interessato ha diritto di accedere ai dati che lo riguardano;
- i dati relativi al nominativo dell'istante ed al punteggio saranno pubblicati sul sito istituzionale e nel Bollettino Ufficiale della Regione Molise; gli altri dati possono essere comunicati, per finalità istituzionali e in base a

disposizioni di legge, alle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale;

- i dati raccolti, fatta salva la pubblicazione e le comunicazioni di cui sopra, non saranno diffusi e non saranno oggetto di comunicazione a soggetti diversi da quelli abilitati al trattamento senza suo esplicito assenso.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____

dichiara

di aver preso visione dell'informativa che precede ed esprime il consenso al trattamento dei dati.

Luogo e data _____

Firma
