



Modello A

**DOMANDA DI INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA REGIONALE DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
VALIDA PER L'ANNO 2018**

RACCOMANDATA A.R.

REGIONE MOLISE
Direzione Generale per la Salute
Servizio Politiche delle Risorse
Umane del S.S.R. – Formazione
ed E.C.M. –
Via S. Antonio Abate, 236
86100 CAMPOBASSO

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, chiede di essere inserito/a nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta, valevole per l'anno 2018 (barrare se trattasi di domanda di primo inserimento o di integrazione titoli):

☐ PRIMO INSERIMENTO

☐ 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

Cognome Nome
nato/a a Prov.
il Codice Fiscale
Stato estero di nascita
Comune di residenza Prov.
Indirizzo n. CAP
Indirizzo e-mail
Recapito telefonico

Indirizzo presso il quale inviare eventuali comunicazioni:

☐ la propria residenza
☐ il domicilio sotto indicato:
c/o Comune Prov.
Indirizzo n. CAP
Indirizzo e-mail
Recapito telefonico

Di non essere già titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta.

Acclude alla presente domanda:

- ☐ dichiarazione sostitutiva di certificazione (autocertificazione) attestante i titoli accademici e di studio posseduti,
- ☐ dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio per i servizi prestati,
- ☐ copia di documento di identità in corso di validità,
- ☐ n. copie fotostatiche di certificati di servizio,
- ☐ n. fogli relativi a titoli accademici e/o di attività.

Ai sensi delle disposizioni contenute nel "Codice in materia di protezione dei dati personali" approvato con D.Lgs. 30 giugno 2003, n.196, il/La sottoscritto/a **autorizza** il trattamento dei dati personali contenuti nella presente domanda e nei relativi allegati, nei limiti degli adempimenti istituzionali previsti dall'Accordo Collettivo Nazionale.

Data _____

Firma (1)

(1) Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000 la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la dichiarazione sostitutiva di certificazione è inviata unitamente a copia fotostatica del documento di identità, valido, del sottoscrittore.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (autocertificazione)
(art. 46 del D.P.R. N. 445/2000)

codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

dichiara

in data _____ con votazione _____ / _____
frequenza dal _____ al _____ ;

• di essere in possesso della specializzazione in discipline diverse (specificare) (punti 0,20) _____

conseguita presso l'Università degli Studi _____

in data _____ con votazione _____ / _____

frequenza dal _____ al _____;

• di frequentare il corso di specializzazione in (specificare) _____

presso l'Università degli Studi _____

con inizio dal _____;

• di essere in possesso della libera docenza in Pediatria o disciplina equipollente (specificare) (punti 2,00) _____

conseguita presso l'Università degli Studi _____

in data _____;

• di essere in possesso della libera docenza in discipline affini alla Pediatria (specificare) (punti 1,00) _____

conseguita presso l'Università degli Studi _____

in data _____;

• di essere in possesso della libera docenza in discipline diverse (specificare) (punti 0,20) _____

conseguita presso l'Università degli Studi _____

in data _____;

• di aver svolto il servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile dopo il conseguimento del Diploma di Laurea in Medicina (punti 0,05 per ciascun mese) dal _____ al _____ presso _____;

• di essere in possesso del tirocinio abilitante svolto ai sensi della legge n. 148 del 18 aprile 1975 (punti 0,30) conseguito in data _____ presso _____;

• di essere in possesso del titolo di animatore di formazione riconosciuto dalla Regione/soggetti accreditati dal Ministero della Salute o dalla Regione (specificare) (punti 0,30) _____ conseguito il _____ presso _____.

Data _____

Firma (1)

(1) Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000 la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la dichiarazione sostitutiva di certificazione è inviata unitamente a copia fotostatica del documento di identità, valido, del sottoscrittore.

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

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

dichiara

- di essere in possesso dei seguenti titoli di servizio:

[illegible][illegible]

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 e di continuità assistenziale e nell'emergenza sanitaria territoriale, in forma attiva (0,10 punti per mese ragguagliato a 96 ore di attività)*:

ANNO 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.....

ANNO 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.....

*(per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare il presente prospetto avendo cura di apporre la propria firma e la data)

5. Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o svolto anche a titolo di sostituzione nell'assistenza primaria (punti 0,10 per mese):

dal.....	al.....	medico*	A.S.L.....
dal.....	al.....	medico	A.S.L.....
dal.....	al.....	medico	A.S.L.....
dal.....	al.....	medico	A.S.L.....
dal.....	al.....	medico	A.S.L.....
dal.....	al.....	medico	A.S.L.....
dal.....	al.....	medico	A.S.L.....
dal.....	al.....	medico	A.S.L.....
dal.....	al.....	medico	A.S.L.....

* (inserire il nome del medico sostituito)

6. Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche, organizzate dalle Regioni o dalle AA.SS.LL. (0,10 per mese)

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

7. Attività di specialista pediatra svolta all'estero ai sensi della legge 9 febbraio 1979, 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.....

Data

.....

Firma (1)

(1) Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000 la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la dichiarazione sostitutiva di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica del documento di identità, valido, del sottoscrittore.

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, RIGUARDANTE LA GRADUATORIA REGIONALE PER I MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA, VALIDA PER L'ANNO 2018.

Ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 ed in relazione ai dati personali che si intendono trattare, si informa che:

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 valida per l'anno 2018;
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, l'interessato non potrà essere inserito in detta graduatoria;
4. i dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Molise;
5. all'interessato spettano i diritti previsti dall'art. 7 del decreto legislativo n. 196/2003;
6. titolare del trattamento dei dati è la Regione Molise, responsabile del trattamento è la Direzione Generale per la Salute – Via Genova, 11 – 86100 Campobasso.