Regione Siciliana

DOMANDA DI INSERIMENTO ALLA GRADUATORIA REGIONALE DI **PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA** VALIDA PER L'ANNO **2021**

marca da bollo
€ 16,00

All'Assessorato Regionale della Salute
Dipartimento Pianificazione Strategica
Servizio 1 "Personale del S.S.R. - Dipendente e Convenzionato"
Piazza O. Ziino n° 24
90145 Palermo

☐ **PRIMO INSERIMENTO** ☐ **INTEGRAZIONE TITOLI**

Il sottoscritto Dott. _____

nato a_____prov._____il_____

Codice Fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ comune di residenza _____

prov._____indirizzo_____n°_____

C.A.P. ☐☐☐☐☐ tel. n°_____

Indirizzo PEC_____

E MAIL_____

secondo quanto previsto dall'art. 15 dell' A.C,N. per la pediatria di libera scelta 15/12/2005 e s.m.i.,

CHIEDE

di essere inserito nella Graduatoria Regionale di Pediatria di libera scelta valida per l'anno **2021**

DICHIARA

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

Allega alla presente domanda:

☐ Dichiarazione sostitutiva di certificazione (**obbligatoria pena l'esclusione**)
☐ Copia fotostatica di un documento di identità (**obbligatoria pena l'esclusione**)
☐ Dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio
☐ Certificazione livello di conoscenza della lingua inglese
☐ Patente Europea per l'utilizzo del PC (ECDL)

Data…….. Firma……..

AVVERTENZE GENERALI

1. I pediatri che aspirano all'iscrizione nella graduatoria regionale di Pediatria di libera scelta, devono presentare annualmente la propria domanda e possedere, alla data di scadenza dei termini per la presentazione della stessa (31/01/2020), i seguenti requisiti:

- Cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE. Possono chiedere l'iscrizione i familiari di cittadini europei non aventi la cittadinanza di uno Stato membro che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente, i cittadini di Paesi terzi che siano titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o che siano titolari dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria;
- Diploma di laurea in Medicina e Chirurgia;
- Iscrizione all'Albo Professionale;
- Diploma di specializzazione in pediatria o in una delle seguenti discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i.:

- Clinica pediatrica
- Neonatologia
- Pediatria e Puericultura
- Pediatria preventiva e Puericultura
- Pediatria preventiva e sociale
- Pediatria sociale e Puericultura
- Puericultura
- Puericultura ed igiene infantile
- Puericultura, dietetica infantile ed assistenza sociale dell'infanzia
- Puericultura e dietetica infantile

Possono presentare domanda i medici che nell'anno acquisiranno il Diploma di specializzazione, che dovrà essere posseduto ed autocertificato entro il **15 settembre 2020**;

2. I pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta, non possono fare domanda di inserimento nella graduatoria regionale (art. 15, comma 3, ACN per la Pediatria di libera scelta).

3. I pediatri allegano unitamente alla domanda le dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio concernenti i titoli valutabili ai fini della graduatoria. Possono presentare annualmente allegati integrativi dei titoli aggiuntivi rispetto a quelli precedentemente presentati.

4. La domanda , debitamente sottoscritta ed in regola con le vigenti norme in materia di imposta di bollo (€ 16,00), deve essere trasmessa esclusivamente a mezzo raccomandata o consegnata a mano entro e non oltre il **31/01/2020** , pena l'esclusione, all'Assessorato Regionale della Salute – Dipartimento pianificazione strategica – Servizio 1 "Personale del S.S.R. - Dipendente e Convenzionato" Piazza Ottavio Ziino n. 24 – 90145 Palermo.

Per l'accoglimento della domanda farà fede il timbro postale o il timbro apposto dall'ufficio protocollo se consegnata a mano. L'Amministrazione non si assume alcuna responsabilità nel caso di mancato recapito della domanda né per eventuali disguidi postali non imputabili all'Amministrazione stessa. Pertanto la ricevuta rilasciata dall'Ufficio Postale o dall'ufficio protocollo dell'Assessorato se consegnata a mano, saranno gli unici documenti validi da produrre per comprovare l'avvenuta presentazione della domanda.

5. La mancata sottoscrizione della domanda o della dichiarazione sostitutiva comportano l'esclusione dalla graduatoria.

6. I titoli devono essere documentati:
a) con dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000 (Allegato A alla domanda) per i titoli accademici e di studio;
b) con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445/2000 (Allegato B alla domanda) per i titoli di servizio prestato presso una Amministrazione Pubblica o un gestore di Pubblico Servizio;
c) i titoli conseguiti presso soggetti privati o esteri devono essere allegati alla domanda di partecipazione in originale o in copia legale o autenticata ai sensi di legge.

L'omissione o l'incompletezza dei dati comporteranno la non attribuzione dei relativi punteggi. L'autocertificazione dovrà pertanto indicare esattamente il numero delle ore di attività svolte, il periodo di svolgimento e l'Azienda/Ente presso la quale è stata svolta l'attività.

L'amministrazione regionale si riserva di effettuare, in qualsiasi momento, specifici controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rilasciate in attuazione delle disposizioni vigenti in materia.
Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere.

Le dichiarazioni di cui ai precedenti punti dovranno essere spedite, a pena d'esclusione, unitamente a fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

7. La conoscenza della lingua inglese (Allegato A) deve essere documentata dal possesso di certificato non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE).

8. Ai fini della graduatoria sono valutabili solo i titoli accademici, di studio e di servizio posseduti alla data del **31/12/2019**, nonché il diploma di specializzazione conseguito ed autocertificato entro il **15 settembre 2020**.

La graduatoria regionale è consultabile sul sito internet: Regione Siciliana - Strutture Regionali- Assessorato Regionale della Salute – Dipartimento per la pianificazione strategica – Servizio 1 " Personale del S.S.R. – Dipendente e Convenzionato".

Per eventuali informazioni è possibile rivolgersi ai seguenti numeri telefonici: 091/ 7075782 – 091/ 7075837 – 091/7075566.

Allegato A

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

- (art. 46 DPR n. 445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto Dott. _____

C. F…….

Consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:

DICHIARA

- ☐ 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 n. 165/2001 e s.m.i. (cfr. punto 1 delle "Avvertenze Generali");
- ☐ di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di…… il ____/____/_____;
- ☐ di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di_____dal_____;
- ☐ di essere in possesso della specializzazione in pediatria o discipline equipollenti (specificare) _____ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 conseguita il ___/___/____ con voto___/___presso l'Università di _____ corso svolto dal_____al_____ (indicare gg/mm/aa); (cfr. punto 1 delle " Avvertenze Generali")
- ☐ di essere iscritto alla scuola di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti (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 p.v. (cfr. punto 1 delle " Avvertenze Generali") data inizio corso_____;
- ☐ di essere in possesso della specializzazione in disciplina affine alla pediatria (specificare) _____ai sensi della tabella B del DM 30 gennaio 1998 conseguita il ___/___/____ presso l'Università degli Studi di_____ con frequenza dal ___/___/_____al ___/___/_____;
- ☐ di essere in possesso di specializzazione in discipline diverse da quelle sopra indicate (indicare la specializzazione): _____conseguita il ___/___/____ presso l'Università di _____con frequenza dal ___/___/____ al ___/___/_____;

  _____conseguita il ___/___/____ presso l'Università di _____con frequenza dal ___/___/____ al ___/___/_____;

- ☐ di essere in possesso di certificato di conoscenza della lingua inglese conseguito il ____/____/_____ presso _____; (cfr. punto 6 delle " Avvetenze Generali);

- ☐ di essere in possesso della Patente Europea per l'utilizzo del PC (ECDL) conseguita il ____/___/_____ presso _____;
- ☐ 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 Ministro 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).

Data ___ /___/____ Firma_____

Allegato B

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
- art. 47 DPR n. 445 del 28/12/2000 -

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

C. F…….

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del DPR 28 dicembre /2000, n. 445, ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:

DICHIARA

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 23 dicembre n° 833 e dell'art. 8, comma 1 del D. lgs 502/92 e s.m.i., con incarico a tempo indeterminatoo provvisorio e per attività di sostituzione:

☐ convenzionato a tempo indeterminato

☐ a tempo determinato

☐ sostituzione

dal ___/___/____ al ___/___/____ A.S.P. n°_____Distretto_____pediatra_____
dal ___/___/____ al ___/___/____ A.S.P. n°_____Distretto_____pediatra_____
dal ___/___/____ al ___/___/____ A.S.P. n°_____Distretto_____pediatra_____
dal ___/___/____ al ___/___/____ A.S.P. n°_____Distretto_____pediatra_____
dal ___/___/____ al ___/___/____ A.S.P. n°_____Distretto_____pediatra_____
dal ___/___/____ al ___/___/____ A.S.P. n°_____Distretto_____pediatra_____
dal ___/___/____ al ___/___/____ A.S.P. n°_____Distretto_____pediatra_____
dal ___/___/____ al ___/___/____ A.S.P. n°_____Distretto_____pediatra_____
dal ___/___/____ al ___/___/____ A.S.P. n°_____Distretto_____pediatra_____
dal ___/___/____ al ___/___/____ A.S.P. n°_____Distretto_____pediatra_____

2. Attività di sostituzione per attività sindacale del pediatra di libera scelta titolare
dal ___/___/____ al ___/___/____ A.S.P. n°_____pediatra_____ore_____
dal ___/___/____ al ___/___/____ A.S.P. n°_____pediatra_____ore_____
dal ___/___/____ al ___/___/____ A.S.P. n°_____pediatra_____ore_____
dal ___/___/____ al ___/___/____ A.S.P. n°_____pediatra_____ore_____
dal ___/___/____ al ___/___/____ A.S.P. n°_____pediatra_____ore_____
dal ___/___/____ al ___/___/____ A.S.P. n°_____pediatra_____ore_____
dal ___/___/____ al ___/___/____ A.S.P. n°_____pediatra_____ore_____

3. Servizio in forma attiva nella Medicina dei Servizi o svolto, anche a titolo di sostituzione, nei servizi di Continuità Assistenziale o nell'Emergenza Sanitaria Territoriale;

Anno _____ mese_____dal ___/___/____ al ___/___/____ASP_____ore_____

Anno _____ mese_____dal ___/___/____ al ___/___/____ASP_____ore_____
Anno _____ mese_____dal ___/___/____ al ___/___/____ASP_____ore_____
Anno _____ mese_____dal ___/___/____ al ___/___/____ASP_____ore_____
Anno _____ mese_____dal ___/___/____ al ___/___/____ASP_____ore_____
Anno _____ mese_____dal ___/___/____ al ___/___/____ASP_____ore_____
Anno _____ mese_____dal ___/___/____ al ___/___/____ASP_____ore_____
Anno _____ mese_____dal ___/___/____ al ___/___/____ASP_____ore_____

4. Attività di medico di assistenza primaria, svolto anche in qualità di sostituto

Anno _____ mese_____dal ___/___/____ al ___/___/____ASP_____medico_____
Anno _____ mese_____dal ___/___/____ al ___/___/____ASP_____medico_____
Anno _____ mese_____dal ___/___/____ al ___/___/____ASP_____medico_____
Anno _____ mese_____dal ___/___/____ al ___/___/____ASP_____medico_____
Anno _____ mese_____dal ___/___/____ al ___/___/____ASP_____medico_____
Anno _____ mese_____dal ___/___/____ al ___/___/____ASP_____medico_____
Anno _____ mese_____dal ___/___/____ al ___/___/____ASP_____medico_____
Anno _____ mese_____dal ___/___/____ al ___/___/____ASP_____medico_____

5. Servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia:
dal ___/___/____ al ___/___/_____ presso_____

6. Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche, organizzate dalle Regioni o dalle AA. SS. PP. ;
A.S.P. n°_____Distretto di_____dal___/___/____/ al ___/___/___
A.S.P. n°_____Distretto di_____dal___/___/____/ al ___/___/___
A.S.P. n°_____Distretto di_____dal___/___/____/ al ___/___/___

7 Attività di specialista pediatra svolta all'estero ai sensi della legge 11 agosto 2014, n. 09/02/1979 n°38, della legge ; della Legge 10 luglio 1960, n. 735 e s.m. e del D. M. 1 settembre 1988 n° 430

dal ___/___/____al ___/___/____.presso_____
dal ___/___/____al ___/___/____.presso_____
dal ___/___/____al ___/___/____.presso_____
dal ___/___/____al ___/___/____.presso_____
dal ___/___/____al ___/___/____.presso_____

(*) il servizio deve essere attestato con certificati in originale o copia conforme all'originale, sottoscritti dal legale rappresentante dell'Ente, con allegata la traduzione in lingua italiana certificata, vistati per conferma dalla competente autorità consolare italiana all'estero. Per i servizi sanitari prestati all'estero per i quali è previsto uno specifico provvedimento di riconoscimento (art. 124, comma 2 D.Lgs.112/1998) è necessario allegare copia di detto provvedimento

8. Attività di pediatra svolta a qualsiasi titolo presso strutture sanitarie pubbliche non espressamente contemplate nei punti che precedono

dal ___/___/____al ___/___/____ presso_____
indirizzo(*)……n. tel…….
dal ___/___/____al ___/___/____ presso_____
indirizzo(*)……n. tel…….
dal ___/___/____al ___/___/____ presso_____
indirizzo(*)……n. tel…….

(*)**indicare l'indirizzo delle amministrazioni che detenendo gli atti deliberativi possono confermare il servizio a richiesta**

9. Attività svolta nei PPI pediatrici :

dal ___/___/____al ___/___/____ ore_____ presso_____
indirizzo(*)……n. tel…….
dal ___/___/____al ___/___/____ ore_____presso_____
indirizzo(*)……n. tel…….
dal ___/___/____al ___/___/____ ore_____presso_____
indirizzo(*)……n. tel…….

La sottoscritta dichiara di aver usufruito di astensione anticipata o di astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio nei seguenti periodi:
dal ____/____/_____ al____/____/_____ presso A.S.P_____

Tipo di incarico: □ a tempo Indeterminato (decorrenza t. indeterm _____/_____/_____)
□ a tempo determinato (dal ____/____/_____ al ___/___/_____)

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

Data…… Firma del dichiarante (2)……

(1) Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del DPR 445/2000).
(2) Ai sensi del'art. 38 del DPR 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia , non autenticata, di un documento di identità del dichiarante.

Informativa resa all'interessato per il 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 2020. Per tali finalità l'acquisizione dei dati è necessaria e il loro mancato conferimento, o una loro omissione, comporterà l'esclusione dalla procedura.

- il trattamento viene effettuato mediante strumenti cartacei, informatici, telematici e telefonici.

- l'interessato ha diritto di accedere ai dati che lo riguardano, di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione se non pertinenti o raccolti in modo non conforme alle norme. L'interessato può, altresì, opporsi al trattamento per motivi legittimi.

- I dati personali saranno pubblicati sul sito istituzionale e sulla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana.

- Titolare del trattamento dei dati è l'Assessore Regionale per la Salute.

- Responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente Generale del Dipartimento Pianificazione Strategica.

Si autorizza l'Amministrazione al trattamento dei propri dati personali

Data_____ Firma_____