

MODELLO A
(DOMANDA DI PRIMO INSERIMENTO)

All'Assessorato Regionale
dell'Igiene e Sanità e
dell'Assistenza Sociale
Via Roma, 223
09123 CAGLIARI

Il sottoscritto COGNOME _____ NOME _____
nato a _____ Prov. |__| il |__| |__| codice
fiscale |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| Comune di Residenza _____ Prov. |__| |__|
Indirizzo: _____ n. _____ cap |__| |__| |__| |__|
Tel. |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| - Cell. |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__| |__|
PEC _____

secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta del 15/12/2005 così come integrato dall'ACN 29/07/09, di essere inserito nella graduatoria regionale per la pediatria di libera scelta, valevole per l'anno 2018.

Acclude alla presente:

(.....) la dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante i titoli accademici e di studio posseduti alla **data del 31/12/2016**

(.....) la dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante il possesso dei titoli di servizio alla **data del 31/12/2016**

oppure,

(.....) le copie dei certificati attestanti i titoli di studio e di servizio posseduti insieme alla dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà attestante la conformità delle copie agli originali.

Si precisa che, a seguito dell'entrata in vigore dell'art. 15, L. 12 novembre 2011, n. 183 che ha introdotto il comma 2 dell'art. 40, DPR 445/2000, potranno essere prodotti solo i certificati rilasciati prima del 01/01/2012.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

- ☐ la propria residenza;
☐ il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ Prov. _____

Via _____ n. _____

CAP _____

Data.....Firma.....

AVVERTENZE IMPORTANTI

1) Ai fini dell'attribuzione del relativo punteggio, la documentazione allegata deve essere tale da consentirne la valutazione. Non si terrà conto di quella dalla quale non è possibile dedurre i dati di valutazione o di quella mancante rispetto a quanto dichiarato dal medico.

2) Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000 le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà devono essere presentate unitamente a copia fotostatica di un documento di identità, in corso di validità, del sottoscrittore.

ATTENZIONE:

- La presente domanda deve essere in regola con le norme sull'imposta di bollo e le disposizioni di legge vigenti.
- Verranno escluse tutte le domande sprovviste di un documento di identità, in corso di validità, del sottoscrittore.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
_____ ai sensi e agli effetti dell'art.46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. citato,

DICHIARA

☐ di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università di _____ in data _____ con voto* _____;

☐ di essere in possesso dell'abilitazione all'esercizio della professione conseguita presso l'Università di _____ in data _____

☐ di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di _____ dal _____

☐ di essere in possesso della specializzazione in pediatria o discipline **equipollenti** ai sensi del DM 10/03/1983 tabella B):

specializzazione in _____ conseguita presso l'Università di _____
in data _____ con voto _____;

☐ di essere in possesso di specializzazioni in discipline **affini** alla pediatria ai sensi del DM 10/03/1983 tabella B):

specializzazione in _____ conseguita presso l'Università di _____
in data _____ con voto _____;

☐ libera docenza in pediatria o discipline **equipollenti** ai sensi del DM 10/03/1983 tabella B):

Libera docenza in _____ presso _____ dal _____
_____ al _____ (*vedi avvertenze Generali a pag. 8*)

☐ libera docenza in pediatria o discipline **affini** ai sensi del DM 10/03/1983 tabella B):

Libera docenza in _____ presso _____ dal _____
_____ al _____ (*vedi avvertenze Generali a pag. 8*)

☐ di aver svolto il servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile dopo il conseguimento del diploma di Laurea in Medicina dal _____ al _____ presso _____;

☐ di aver svolto tirocinio abilitante ai sensi della Legge n.148 del 18/04/75, presso _____ dal _____ al _____ (*vedi avvertenze Generali a pag. 8*)

☐ di essere in possesso del titolo di animatore di formazione riconosciuto dalle Regioni o rilasciato da soggetti accreditati dal Ministero della Salute o dalla Regione, conseguito il _____ presso _____.

Data.....**Firma**.....

*Qualora il voto di laurea non sia espresso su base 110 ma su base 100 occorre specificarlo

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(ART. 47 D.P.R. 28/12/2000 N. 445)

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
_____ ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. citato,

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 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 i attività) *:

dal.....	al.....	medico sostituto.....	A.S.L.....
dal.....	al.....	medico sostituto.....	A.S.L.....
dal.....	al.....	medico sostituto.....	A.S.L.....
dal.....	al.....	medico sostituto.....	A.S.L.....

2. Attività di sostituzione per attività sindacale (0,60 punti per mese di attività – il mese è ragguagliato a 96 ore)*:

dal.....	al.....	n.ore.....	medico sostituto.....	A.S.L.....
dal.....	al.....	n.ore.....	medico sostituto.....	A.S.L.....
dal.....	al.....	n.ore.....	medico sostituto.....	A.S.L.....
dal.....	al.....	n.ore.....	medico sostituto.....	A.S.L.....
dal.....	al.....	n.ore.....	medico sostituto.....	A.S.L.....

3. Attività di specialista pediatra svolta all'estero ai sensi della legge 9/02/79 n. 38, della legge 10/07/60 n.735 e successive modificazioni e del decreto ministeriale 1/09/88 n. 430 (0,10 per mese di attività)*:

dalal.....presso..... **(vedi avvertenze Generali a pag. 8)**

4. Attività di pediatra svolta presso strutture sanitarie pubbliche (0,05 punti per mese di attività)*:

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

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

Azienda Sanitaria Locale din°.....Anno.....

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

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

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

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data Firma del dichiarante

* per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare il presente prospetto

ATTENZIONE:

La sottoscrizione della dichiarazione non è soggetta ad autenticazione qualora sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore ai sensi dell'art. 38 DPR 445/2000.

Verranno escluse tutte le domande sprovviste di un documento di identità, in corso di validità, del sottoscrittore.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
(ART. 47 D.P.R. 28.12.2000 N. 445)**

Il sottoscritto _____ nato a _____
Il _____ residente in _____ Via _____,
n° _____, ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel
caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. citato

DICHIARA

che le copie dei certificati attestanti i titoli di studio e di servizio posseduti e sotto elencati,, allegati alla istanza
di inclusione nella graduatoria regionale della pediatria di libera scelta, sono conformi agli originali in
possesto del sottoscritto:

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____
- 6 _____
- 7 _____
- 8 _____
- 9 _____
- 10 _____
- 11 _____
- 12 _____

Data..... **Firma**.....

ATTENZIONE:

**La sottoscrizione della dichiarazione non è soggetta ad autenticazione qualora sia presentata
unitamente a copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore ai sensi
dell'art. 38 DPR 445/2000.**

**Verranno escluse tutte le domande sprovviste di un documento di identità, in corso di validità, del
sottoscrittore.**

AVVERTENZE IMPORTANTI

1 I medici che aspirano ad essere inseriti nella graduatoria regionale della pediatria di libera scelta, valevole per l'anno 2018, devono possedere, alla data di scadenza del termine per la presentazione della domanda (**31/01/2017**) i seguenti requisiti:

- essere iscritti all'Ordine dei Medici;
- essere in possesso del diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi del DM 10 marzo 1983 tabella B)

2 Ai fini della graduatoria sono valutabili solo i titoli posseduti alla data del 31/12/2016.

3 Qualora lo spazio nei riquadri non sia sufficiente per la descrizione dei titoli accademici e di servizio, l'interessato può completarne l'elencazione, utilizzando una fotocopia della relativa pagina. Di tale allegazione occorre farne menzione

4 Si raccomanda di compilare la domanda in stampatello, affinché sia perfettamente leggibile, onde consentire la valutazione ed i necessari controlli di veridicità, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 445/00.

5 In relazione ai titoli accademici, di studio e di servizio, il dichiarante deve sempre indicare i dati (denominazione, indirizzo) atti a consentire l'identificazione delle rispettive amministrazioni affinché si possa provvedere all'accertamento della veridicità delle dichiarazioni ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000.

6 L'interessato ha facoltà di allegare copia fotostatica non autenticata, di documenti e certificati di servizio, di cui sia in possesso, compilando l'apposita dichiarazione di conformità agli originali.

Si precisa che, a seguito dell'entrata in vigore dell'art. 15, L. 12 novembre 2011, n. 183 che ha introdotto il comma 2 dell'art. 40, DPR 445/2000, potranno essere prodotti solo i certificati rilasciati prima del 01/01/2012.

7 La domanda deve essere spedita a mezzo Raccomandata A.R. entro e non oltre il 31.01.2017 a:

**Regione Sardegna - Assessorato Regionale dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza sociale
Servizio della Programmazione sanitaria e economico finanziaria e controllo di gestione
Via Roma, 223 - 09123 CAGLIARI.**

Per l'accoglimento della domanda farà fede il timbro postale.

IMPORTANTE - sulla busta indicare: GRADUATORIA PEDIATRIA

8 I medici che presentano istanza di inclusione nella graduatoria regionale per la prima volta devono presentare il **MODELLO A** di domanda; i medici che sono già inclusi nella graduatoria valevole per il 2017 devono utilizzare il **MODELLO B** di domanda e devono presentare o dichiarare solo i titoli acquisiti nel corso dell'anno 2016, nonché eventuali titoli di servizio non presentati per le precedenti graduatorie.

9 Ai sensi dell'articolo 15, comma 11, dell'ACN del 15 dicembre 2005 così come integrato dall'ACN 29/07/09 **i pediatri di libera scelta già titolari di incarico a tempo indeterminato non possono fare domanda di inserimento nella graduatoria** e, pertanto possono concorrere alla assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.

ATTENZIONE:

- La presente domanda deve essere in regola con le norme sull'imposta di bollo e le disposizioni di legge vigenti.
- Verranno escluse tutte le domande sprovviste di un documento di identità, in corso di validità, del sottoscrittore.

AVVERTENZE GENERALI:

1. Per **Libera Docenza** in pediatria o discipline equipollenti o affini ai sensi del DM 10/03/1983 deve intendersi esclusivamente il titolo accademico conseguito successivamente a un esame di abilitazione e che tale titolo accademico non può risolversi in una mera, eventuale, attività didattica di qualsiasi genere, ancorché derivante da contratti di insegnamento a qualsiasi titolo in ambito universitario.

Si precisa altresì che, a partire dalla sessione del 1970, sono stati aboliti gli esami di libera docenza e pertanto il titolo in esame può ritenersi valutabile ai fini della formazione della graduatoria solo se conseguito in data anteriore alla citata sessione di riferimento.

2. Per **Tirocinio Abilitante** svolto ai sensi della legge 148 del 18/04/1975 deve intendersi il tirocinio pratico introdotto e reso obbligatorio dalla suddetta legge, propedeutico all'abilitazione al concorso pubblico per l'assunzione del personale sanitario medico presso gli enti ospedalieri.

Tale normativa ha trovato applicazione fino al DPR 20/12/1979 n. 761.

3. Con riferimento infine all'**Attività di specialista pediatra svolta all'estero**, si precisa che il servizio deve essere attestato con certificati, in originale o copie conformi all'originale, sottoscritti dal legale rappresentante dell'ente, con allegata la traduzione certificata, in lingua italiana, vistati per conferma dalla competente autorità consolare 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 112/98) è necessario allegare copia di detto provvedimento.