



**ACCLUDE ALLA PRESENTE LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:**

N° 1 dichiarazioni sostitutive di certificazioni;

N° \_\_\_ dichiarazioni sostitutive di atto notorio (**Mod. B – Allegato “1”**);

N° \_\_\_ dichiarazione sostitutiva di atto notorio (**Mod. C, da utilizzare se si allegano fotocopie di certificati rilasciati precedentemente all'anno 2012**)

Copia fotostatica di un documento d'identità in corso di validità.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

la propria residenza

il proprio domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____
prov.(____) indirizzo _____ n. _____ CAP _____
Tel. _____ / _____.

**Dichiaro 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 D.P.R. 445/2000).*

*(2) Ai sensi dell'art.38 del DPR 445/2000, la dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato e inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del dichiarante.*



- 6) del diploma di specializzazione o libere docenze in discipline diverse da quelle previste ai punti 4 e 7:
- a) in \_\_\_\_\_ conseguita presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ voto \_\_\_\_\_ corso svolto dal giorno \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_
- b) in \_\_\_\_\_ conseguita presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ voto \_\_\_\_\_ corso svolto dal giorno \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

*punti 0,20 per ciascuna specializzazione o libere docenze in altre discipline;*

- 7) della libera docenza in pediatria o discipline equipollenti ai sensi del D.M.10/03/1983, tabella B, e successive integrazioni:

a) in \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ corso svolto dal giorno \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

b) in \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ corso svolto dal giorno \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

*punti 2,00 per ciascuna libera docenza;*

- 8) della libera docenza in discipline affini alla pediatria ai sensi del D.M.10/03/1983, tabella B, e successive integrazioni:

a) in \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ corso svolto dal giorno \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

b) in \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ corso svolto dal giorno \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

*punti 1,00 per ciascuna libera docenza;*

- 9) del tirocinio abilitante ai sensi della L.n.148/75 per il periodo:

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_; dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

*punti 0,30;*

- 10) 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 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

*punti 0,30;*

### DICHIARA INOLTRE

- di non avere  di avere subito provvedimenti di revoca o decadenza del rapporto convenzionale di medico pediatra di libera scelta ai sensi dell' art. 30 c.7 lett. C) e dell'art. 19 c. 2 e 4 – ACN Pediatria di Libera Scelta 15/12/2005 e s.m.i. (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 \_\_\_\_\_)

**Dichiaro 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 D.P.R. 445/2000).

(2) Ai sensi dell'art.38 del DPR 445/2000, la dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato e inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del dichiarante



- 5) Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende U.S.L. **(0,10 punti per mese di attività)**;  
 dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ A.S.L n \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ A.S.L n \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ A.S.L n \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

*indicare indirizzo completo dell'A.S.L.*

- 6) 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)**;  
 dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
- 7) Attività di specialista pediatra svolta all'estero ai sensi della L. 9/02/79, n. 38, 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 di attività)**;  
 dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Stato estero \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Stato estero \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Stato estero \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

*(\*) il servizio deve essere attestato con documenti 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 specialista pediatra svolta a qualsiasi titolo presso strutture sanitarie pubbliche non espressamente contemplate nei punti che precedono. **(0,05 punti per mese di attività)**;  
 \* **specificare altresì attività e tipologia del rapporto di lavoro (es. dipendente, specialista ambulatoriale interno, ...**  
 dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Struttura \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
 \*  
 dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Struttura \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
 \*  
 dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Struttura \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
 \*  
 dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Struttura \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
 \*

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".

Astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio durante il periodo di incarico a tempo indeterminato nell'Area della pediatria di libera scelta (fino ad un massimo di mesi cinque per ogni evento).

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare il presente prospetto.

**Dichiaro 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 D.P.R. 445/2000).*

*(2) Ai sensi dell'art.38 del DPR 445/2000, la dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato e inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del dichiarante.*







## **Tabella delle specializzazioni equipollenti e affini alla pediatria di libera scelta**

### **Specializzazioni Equipollenti**

Clinica pediatrica

Patologia neonatale

Pediatria

Pediatria e puericultura

Pediatria preventiva e puericultura

Pediatria preventiva e sociale

Pediatria sociale e puericultura

Puericultura

Puericultura, dietetica infantile ed assistenza sociale dell'infanzia

Puericultura e dietetica infantile

Puericultura ed igiene infantile

### **Specializzazioni Affini**

Clinica delle malattie infettive

Clinica delle malattie infettive e contagiose

Clinica delle malattie infettive e tropicali

Clinica delle malattie tropicali e subtropicali

Clinica delle malattie tropicali ed infettive

Genetica medica

Malattie infettive

Malattie infettive e tropicali

Malattie tropicali e subtropicali

Medicina tropicale

## AVVERTENZE GENERALI

**IN BASE ALLA NORMA TRANSITORIA N.1 DEL TESTO DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA 28/03/2018 RESO ESECUTIVO IL 21/06/2018, I MEDICI CHE ABBIANO ACQUISITO IL DIPLOMA DI SPECIALIZZAZIONE IN PEDIATRIA O DISCIPLINE EQUIPOLLENTI AI SENSI DELLA TABELLA B DEL D.M 30/01/1998 e s.m.i. SUCCESSIVAMENTE AL 31/01/2018, POSSONO PRESENTARE DOMANDA PER L'INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA REGIONALE ENTRO IL 15/09/2018.**

**LA DOMANDA DEVE ESSERE CORREDATA DALL'AUTOCERTIFICAZIONE DEL TITOLO NEL FRATTEMPO ACQUISITO E DEI TITOLI ACCADEMICI DI SERVIZIO POSSEDUTI ALLA DATA DEL 31/12/2017.**

### **REQUISITI PER L'ACCESSO ALLA GRADUATORIA:**

- 1) I medici che aspirano ad essere inseriti nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta **valevole per l'anno 2019** devono possedere, alla data di scadenza del **termine per la presentazione della domanda (15/09/2018)** i seguenti requisiti:
  - a) Possesso del diploma di specializzazione in Pediatria o discipline equipollenti come di seguito elencate:
    - Pediatria
    - Clinica pediatrica
    - Pediatria e puericoltura
    - Puericoltura
    - Pediatria preventiva e sociale
    - Patologia Neonatale
    - Pediatria preventiva e puericoltura
    - Pediatria sociale e puericoltura
    - Puericoltura e dietetica infantile
    - Puericoltura ed igiene infantile
    - Puericoltura, dietetica infantile e assistenza sociale dell'infanzia.
  - 2) **Ai fini dell'attribuzione del punteggio, la documentazione presentata deve essere tale da poterne consentire la valutazione e non si terrà conto di quella dalla quale non è possibile dedurre i dati di valutazione. Pertanto nel caso in cui per i servizi prestati venga presentata dichiarazione sostitutiva di atto notorio (Mod.B), si ribadisce che il servizio e l'attività svolta vanno indicati in modo completo, rispettando le indicazioni riportate nel modulo sopra richiamato.**  
**Si precisa inoltre la necessità di riportare con esattezza l'indicazione della AUSL e/o dell'ente (*indirizzo e recapiti telefonici*) presso il quale il servizio è stato prestato, che detenendo gli atti autorizzativi, possa a richiesta confermare il servizio autocertificato con la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà. (controlli di veridicità – art.71 L.445/2000).**
- 3) Ai fini della graduatoria, sono valutati **i titoli di servizio posseduti alla data del 31/12/2017**, espressamente previsti ed elencati all'art.16 A.C.N. 15/12/2005 e s.m.i..

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

Ai sensi delle modifiche del 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, con indicazione di tutti gli elementi per una corretta valutazione dei titoli stessi** (vedi Moduli A , B e allegato "1").

I **titoli accademici e di studio** posseduti e i **titoli di servizio** svolto vengono documentati dall'interessato nella maniera seguente:

a) per i titoli accademici e di studio, dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell'art.46 del D.P.R.445/2000 e s.m.i. (**Modulo "A"**);

b) per i titoli di servizio, dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, ai sensi dell'art.47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. (**Modulo "B"**), ovvero fotocopie di certificati rilasciati antecedentemente all'anno 2012 unitamente ad una dichiarazione sostitutiva di notorietà con cui si attesta che le stesse sono conformi all'originale (**Modulo "C"**).

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.

➤ **La domanda, in bollo, deve essere spedita a mezzo raccomandata A/R entro il 15/09/2018 all' Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2 – Ufficio Centrale Regionale - c/o Palazzina Micheli - Piazza Dante Perilli - 06049 Spoleto (PG). Per l'accoglimento della domanda farà fede la data del timbro postale.**

➤ Si precisa che la mancata sottoscrizione della domanda o della dichiarazione sostitutiva di certificazione, la spedizione oltre il termine del 15/09/2018, la mancata dichiarazione di iscrizione all'albo professionale, comportano l'**esclusione dalla graduatoria**.

## 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'astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio durante il periodo di incarico a tempo indeterminato nell'Area di Pediatria di libera scelta (fino a un massimo di mesi cinque per ogni evento) D.Lgs. n.151/2001 art.22 commi 3-5: "*Testo unico delle disposizioni legislative in materia e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell'art.15 della Legge n.53/2000*" 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.

**INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, RIGUARDANTE LA GRADUATORIA REGIONALE PER I PEDIATRI DI LIBERA SCELTA, VALIDA PER L'ANNO 2019**

Ai sensi dell' art.13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e 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 2019;
- 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, il richiedente non potrà essere inserito in detta graduatoria;
- 4) i dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria;
- 5) l'art.13 e 7 della citata legge Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra cui quello di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento;
- 6) titolare del trattamento dei dati è la Direzione Aziendale dell'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n.2 con sede provvisoria in Terni – Via Donato Bramante n.37 – cap 05100.

**Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ autorizza l'amministrazione al trattamento dei propri dati personali:**

**Data \_\_\_\_\_ Firma del dichiarante \_\_\_\_\_**