

GRADUATORIA REGIONALE PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA ANNO 2022

Apporre
BOLLO

**AL DIPARTIMENTO PROMOZIONE DELLA
SALUTE, DEL BENESSERE SOCIALE E
DELLO SPORT PER TUTTI**
Sezione Strategie e Governo dell'Offerta
Regione PUGLIA
Via Gentile n.52
70126 BARI (BA)

PRIMO INSERIMENTO

INTEGRAZIONE TITOLI

Il sottoscritto Dott. _____ nato/a a _____
prov. _____ il ____/____/____ sesso: M F Codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____
indirizzo: _____ n. _____ CAP _____
tel. _____ ASL di residenza _____

Cittadinanza Italiana o di altro Paese appartenente alla UE (**incluse le equiparazioni**) secondo quanto
previsto dall'art. 2 dell' accordo collettivo nazionale per la pediatria di libera scelta vigente dal 21/06/2018 **SI** **NO**

chiede

secondo quanto previsto dall'art. 15 così come novellato dall'art. 2 dell'A.C.N. del 21/06/2018 per la pediatria di libera
scelta 15/12/2005 e s.m.i., l'inserimento nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta, a valere per l'anno 2022.

DICHIARA

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

Allega alla presente domanda:

- n. _____ dichiarazioni sostitutive di certificazione ;
- n. _____ dichiarazioni sostitutive dell'atto notorio;
- n. _____ altre certificazioni.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata a:

indirizzo PEC _____ (obbligatorio)

propria residenza;

il domicilio sotto indicato:

Via _____ n. _____ CAP _____ Comune di _____

Data _____ Firma _____

ALLEGATO A

Dichiarazione Sostitutiva di Certificazione

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

Il sottoscritto Dott. _____ 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.;

di essere in possesso del **diploma di laurea in Medicina e Chirurgia** conseguito presso l'Università di _____ in data ____/____/____ con voto ____/110
(se il voto di laurea non è espresso su 110 ma su 100, occorre specificarlo);

di essere iscritto all'**Ordine dei Medici** 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 ____/____/____ presso l'Università di _____, con la seguente votazione ____ /____, specificare data di inizio e data di conclusione della specializzazione, data inizio ____ | ____ | ____ data fine ____ | ____ | ____;

N. B. Per il primo inserimento è obbligatorio presentare copia del diploma di specializzazione.

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 _____ ;

Ai sensi dell'art. 15 così come novellato dall'art. 2 dell'ACN del 21/06/2018, i pediatri interessati, entro il 15 settembre, devono inviare, pena esclusione, copia del diploma di specializzazione.

di essere in possesso della **specializzazione in disciplina affine alla pediatria** (specificare) _____ ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 conseguita il ____/____/____ presso l'Università 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 ____/____/____;
_____ conseguita il ____/____/____ presso l'Università di _____ con frequenza dal ____/____/____ al ____/____/____;

di essere in possesso di certificato di conoscenza della lingua inglese non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE) conseguito il ____/____/____ presso _____

N. B. È obbligatorio presentare copia del certificato. La mancata presentazione comporta la non valutazione del titolo.

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

N. B. È obbligatorio presentare copia del certificato. La mancata presentazione comporta la non valutazione del titolo.

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

Data ____/____/____

Firma _____

(non soggetta ad autenticazione)

AVVERTENZE GENERALI

1. A partire dalla graduatoria anno 2021 (giusta art. 2 comma 4 dell' accordo collettivo nazionale per la pediatria di libera scelta vigente dal 21/06/2018), hanno l'obbligo di presentare la domanda anche i pediatri già inclusi nella graduatoria riferita all'anno precedente. Tale obbligo persiste anche per gli anni successivi. La mancata presentazione comporta la cancellazione d'ufficio.
2. I pediatri che aspirano all'iscrizione nella graduatoria devono presentare annualmente la propria domanda e possedere, alla data di scadenza dei termini per la presentazione della stessa, i seguenti requisiti:
 - a. 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;
 - b. diploma di laurea in Medicina e Chirurgia;**
 - c. iscrizione all'Albo professionale;**
 - d. 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 puericoltura - pediatria preventiva e puericoltura - pediatria preventiva e sociale - pediatria sociale e puericoltura - puericoltura - puericoltura ed igiene infantile - puericoltura, dietetica infantile ed assistenza sociale dell'infanzia - puericoltura e dietetica infantile.
3. I pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato non possono far domanda di inserimento nella graduatoria e, pertanto, possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento (Art. 15 così come novellato dall'art. 2 dell'ACN del 21/06/2018 co. 3).
4. 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.
5. La domanda, in bollo, deve essere trasmessa con raccomandata A/R entro il 31/01/2021 al seguente indirizzo: Dipartimento Promozione della Salute – Sezione Strategia e Governo dell'Offerta, via Gentile n.52 70126 Bari. La mancata sottoscrizione della domanda, della dichiarazione sostitutiva, ovvero l'invio oltre il termine del 31/01/2021, comportano la non inclusione nella graduatoria. L'omissione o l'incompletezza dei dati potranno comportare la non attribuzione dei relativi punteggi.
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'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. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere.
7. Ai fini della graduatoria sono valutabili solo i titoli posseduti al 31/12/2020.
8. I pediatri che erano già presenti nella precedente graduatoria (anno 2021) oltre all'obbligo della presentazione della domanda (pena cancellazione) potranno dichiarare solo i titoli acquisiti nel corso dell'anno 2020, nonché eventuali titoli di servizio non presentati per la precedente graduatoria.
9. Potranno presentare altresì, domanda di inserimento in graduatoria nei termini del 31/01/2021, i pediatri che nell'anno 2021 acquisiranno il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i. entro il 15 settembre. I pediatri aspiranti dovranno utilizzare il presente schema ed inviare successivamente il relativo diploma. I pediatri in questione saranno inseriti con riserva. La mancata presentazione del titolo entro il **15 settembre 2021** comporterà l'esclusione d'ufficio dalla graduatoria.
10. I pediatri che presentano la domanda per la prima volta devono barrare la voce "primo inserimento", tutti gli altri devono barrare la voce "integrazione titoli".

- 1. 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 2021;*
- 2. Per tali finalità l'acquisizione dei dati è necessaria e il loro mancato conferimento, o una loro omissione, comporterà l'esclusione dalla procedura.*
- 3. 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.*
- 4. I dati personali saranno pubblicati sul sito istituzionale della Regione Puglia nonché sul Bollettino Ufficiale della Regione PUGLIA;*
- 5. Titolare del trattamento dei dati è la Regione Puglia, Dipartimento della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti, il responsabile è il Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta.*

ALLEGATO B

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

(art. 47 DPR n. 445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto Dott. _____ 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

il possesso dei seguenti titoli di servizio:

- Attività di specialista pediatra di libera scelta convenzionato ai sensi dell'articolo 48 della Legge 23 dicembre, 1978, n.833, e dell'articolo 8, comma 1, del D.lgs.30 dicembre 1992, n.502 e sm.i., con incarico a tempo indeterminato o provvisorio e per attività di sostituzione: **(p. 1, 10 per mese)**

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____ PEDIATRA _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____ PEDIATRA _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____ PEDIATRA _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____ PEDIATRA _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____ PEDIATRA _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____ PEDIATRA _____

- Attività di sostituzione per attività sindacale del pediatra di libera scelta titolare: **(p.1,10 per mese ragguagliato a 96 ore di attività)**

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____ PEDIATRA _____ ORE _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____ PEDIATRA _____ ORE _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____ PEDIATRA _____ ORE _____

- 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: **(p.0,10 per mese ragguagliato a 96 ore di attività)**

Anno ____ mese ____ dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda
 _____ ore _____

Anno ____ mese ____ dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda
 _____ ore _____

Anno ____ mese ____ dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda
 _____ ore _____

Anno ____ mese ____ dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda
 _____ ore _____

Anno ____ mese ____ dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda
 _____ ore _____

Anno ____ mese ____ dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda
 _____ ore _____

Anno ____ mese ____ dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda
 _____ ore _____

Anno ____ mese ____ dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda
 _____ ore _____

- Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende: **(P.0,10 per ciascun mese complessivo)**

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda

- Servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia: **(P.0,05 per ciascun mese complessivo)**

dal ____/____/____ al ____/____/____
 presso _____

- Attività di specialista pediatra svolta all'estero ai sensi della Legge 11 agosto 2014, n.125; della Legge 10 luglio 1960, n.735 e s.m. e del decreto ministeriale 1°settembre 1988, n.430 (*): **(P.0,10 per ciascun mese complessivo)**

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

(*) il servizio deve essere attestato con certificazioni, in originale o copia conforme all'originale, sottoscritte 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, decreto legislativo 112/1998) è necessario allegare copia di detto provvedimento.

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

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso _____

- La sottoscritta 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 avere;

avere subito provvedimenti di revoca del rapporto convenzionale di pediatra di libera scelta. In caso affermativo indicare la data di revoca del rapporto convenzionale ____/____/____ e l'Azienda che ha adottato il provvedimento_____.

Il sottoscritto dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1).

Data ____/____/____ Firma _____(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 dell'art. 38 del DPR 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento d'identità del dichiarante.

Note per la compilazione:

Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità della dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio, il medico può trasmettere una copia fotostatica, anche non autenticata, dei certificati di servizio di cui sia già in possesso.