

## 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)*

**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.**