

Data / / Firma autografa leggibile

Il sottoscritto _____

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

☐ **di essere¹** cittadino italiano:

☐ **di essere**¹ cittadino del seguente Stato _____ ed in possesso di
uno dei requisiti di cui all'art. 38 commi 1 e 3 bis del D. Lgs n. 165/2001 e s.m.i.;

☐ **di essere**¹ in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data ____ / ____ / ____ ;

☐ **di essere¹** iscritto all'Ordine dei medici di _____

- **di essere / non essere** ² in possesso della specializzazione in Pediatria o disciplina equipollente (specificare) _____ ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i. conseguita presso l'Università degli Studi di _____ in data ____/____/____ con voto _____ con frequenza dal ____/____/____ al ____/____/____ ;

- **di essere / non essere** ² 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 _____ con previsione di conseguimento del titolo entro il 15 settembre p.v.;

- di essere / non essere ² in possesso di specializzazione in _____ disciplina affine alla pediatria (ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i.) conseguita presso l'Università degli Studi di _____ in data ____/____/____ con frequenza dal ____/____/____ al ____/____/____ ;

- **di essere / non essere**² in possesso di specializzazione in discipline diverse da quelle diverse da quelle sopra indicate (indicare la specializzazione):

_____ conseguita presso l'Università degli
Studi di _____ in data ____/____/____ con frequenza dal
____/____/____ al ____/____/____;

_____ conseguita presso l'Università degli
Studi di _____ in data ____/____/____ con frequenza dal
____/____/____ al ____/____/____;

- **di essere / non essere**² in possesso di certificato di conoscenza della lingua inglese (non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo) conseguito il ____/____/____ presso _____;
 - **di essere / non essere**² in possesso della Patente Europea per l'utilizzo del PC (ECDL) conseguita il ____/____/____ presso _____;
 - **di fruire / non fruire**² 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 fruire /di non fruire**² di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente;
- ☐ **di fruire**¹ di trattamento di quiescenza ma di beneficiare delle sole prestazioni della quota "A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM;

Data ____/____/____.

Firma_____

**1 barrare con una crocetta sull'apposito quadratino la voce che interessa completando gli spazi vuoti.
2 barrare la voce che NON interessa.**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ
(art 47 DPR 445 del 28.12.2000)**

Allegato B

Il sottoscritto Dr. _____

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

- **di essere / non essere** inserito nella graduatoria degli specialisti pediatri valida per l'anno 2020 e chiede che venga acquisita agli atti la documentazione allegata.
- **di essere** in possesso dei seguenti titoli di servizio:

[illegible]

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____ pediatra _____ ore _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____ pediatra _____ ore _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____ pediatra _____ ore _____

3. Servizio in forma attiva nella medicina dei servizi o svolto, anche a titolo di sostituzione, nei servizi di guardia medica e di continuità assistenziale e nell'emergenza sanitaria territoriale (0,10 punti per mese ragguagliato a 96 ore di attività)

(per ciascun mese non può essere considerato un numero di ore superiore a quello massimo consentito dall'Accordo nazionale relativo al settore)

ANNO _____ Azienda Sanitaria Provinciale _____

Gennaio	dal	__/__/____	al	__/__/____	ore	_____	attività	_____
Febbraio	dal	__/__/____	al	__/__/____	ore	_____	attività	_____
Marzo	dal	__/__/____	al	__/__/____	ore	_____	attività	_____
Aprile	dal	__/__/____	al	__/__/____	ore	_____	attività	_____
Maggio	dal	__/__/____	al	__/__/____	ore	_____	attività	_____
Giugno	dal	__/__/____	al	__/__/____	ore	_____	attività	_____
Luglio	dal	__/__/____	al	__/__/____	ore	_____	attività	_____
Agosto	dal	__/__/____	al	__/__/____	ore	_____	attività	_____
Settembre	dal	__/__/____	al	__/__/____	ore	_____	attività	_____
Ottobre	dal	__/__/____	al	__/__/____	ore	_____	attività	_____
Novembre	dal	__/__/____	al	__/__/____	ore	_____	attività	_____
Dicembre	dal	__/__/____	al	__/__/____	ore	_____	attività	_____

ANNO _____ Azienda Sanitaria Provinciale _____

Gennaio	dal	__/__/____	al	__/__/____	ore	_____	attività	_____
Febbraio	dal	__/__/____	al	__/__/____	ore	_____	attività	_____
Marzo	dal	__/__/____	al	__/__/____	ore	_____	attività	_____
Aprile	dal	__/__/____	al	__/__/____	ore	_____	attività	_____
Maggio	dal	__/__/____	al	__/__/____	ore	_____	attività	_____
Giugno	dal	__/__/____	al	__/__/____	ore	_____	attività	_____
Luglio	dal	__/__/____	al	__/__/____	ore	_____	attività	_____
Agosto	dal	__/__/____	al	__/__/____	ore	_____	attività	_____
Settembre	dal	__/__/____	al	__/__/____	ore	_____	attività	_____
Ottobre	dal	__/__/____	al	__/__/____	ore	_____	attività	_____
Novembre	dal	__/__/____	al	__/__/____	ore	_____	attività	_____
Dicembre	dal	__/__/____	al	__/__/____	ore	_____	attività	_____

4. Servizio di medico incaricato di assistenza primaria (0,10 per mese)

dal __/__/____ al __/__/____ Azienda _____

dal __/__/____ al __/__/____ Azienda _____

dal __/__/____ al __/__/____ Azienda _____

5. Servizio di sostituzione di medici di assistenza primaria (0,10 per mese)

dal _____ al _____ Azienda _____
medico _____

dal _____ al _____ Azienda _____
medico _____

dal _____ al _____ Azienda _____
medico _____

dal _____ al _____ Azienda _____
medico _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____
 medico _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____
 medico _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____
 medico _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____
 medico _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ Azienda _____
 medico _____

1. Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende U.S.L.: (0,10 per mese)

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

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

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

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

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

2. Servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) svolto dopo il conseguimento del Diploma di Laurea in medicina (0.05 punti per mese)

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

3. Attività di medico specialista pediatra svolta all'estero ai sensi della Legge 11 agosto 2014, n. 125; della L. 10.07.1960 n. 735 e successive modificazioni, e del D.M. 01.09.1988 n. 430 (0,10 punti per mese)

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

 -

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

 -

4. Attività di specialista pediatra svolta a qualsiasi titolo presso strutture sanitarie pubbliche non espressamente contemplate nei punti che precedono (0,05 punti per mese)

dal ____/____/____ al ____/____/____ Struttura _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ Struttura _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ Struttura _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ Struttura _____

dal ____/____/____ al ____/____/____ Struttura _____

5. 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 _____

Data ____ / ____ / ____

Firma del dichiarante _____

ATTENZIONE:

- Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (art.75 del DPR 445/2000).
- Ai fini della validità la dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato e inviata insieme alla copia fotostatica di un valido documento d'identità del dichiarante.
-
- Inserire il nome del medico sostituito.
-
- Per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare il presente prospetto avendo cura di apporre la propria firma.
-
- parere SISAC Prot. n. 29/2008 del 16 gennaio 2008: Ai fini della attribuzione del punteggio, per il medico pediatra sussiste incompatibilità a svolgere le attività previste in regime convenzionale, anche a titolo di sostituzione, qualora "sia titolare di qualsiasi rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, anche precario".

ALLEGATO C

MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO DOVUTA PER LA PRESENTAZIONE DI ISTANZE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

SPAZIO PER MARCA DA BOLLO

da annullare con data e firma

Il/La sottoscritto/a Dott. _____

nato/a a _____ prov. _____

il ____ / ____ / ____ codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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

D I C H I A R A

- di aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo dovuta per l'istanza di inserimento nella graduatoria regionale della pediatria di libera scelta della Regione Calabria valevole per l'anno 2021 con la marca da bollo sopra apposta e annullata.
- di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini di successivi controlli.

Firma autografa leggibile

Luogo e data _____

Avvertenze

1. Il presente modulo, provvisto della marca da bollo (annullata secondo le indicazioni di cui al punto 2), deve essere debitamente compilato e sottoscritto con firma autografa del dichiarante e deve essere allegato alla domanda di inserimento nella graduatoria regionale della medicina generale della Regione Calabria valevole per l'anno 2021.
2. La marca da bollo, applicata nell'apposito spazio, dovrà essere annullata tramite l'apposizione della data e la firma sulla stessa e parte del modulo.
3. **Il codice identificativo della marca da bollo a 14 cifre deve essere riportato nell'apposito spazio posto in alto a sinistra del modulo di domanda.**

ALLEGATO D)

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 medicina generale valida per l'anno 2021. Per tali finalità **l'acquisizione dei dati è necessaria e la mancata autorizzazione al trattamento degli stessi può comportare l'esclusione dalla procedura;**
- il trattamento viene effettuato mediante strumenti cartacei e informatici;
- i dati saranno conservati presso gli archivi cartacei e/o informatizzati esistenti presso il Dipartimento DIPARTIMENTO TUTELA DELLA SALUTE SERVIZI TERRITORIALI E PERSONALE CONVENZIONATO CITTADELLA REGIONALE LOC. GERMANETO 88100 CATANZARO. Essi saranno conservati per il periodo di tempo stabilito dalle norme in materia di conservazione di atti e documenti della Pubblica Amministrazione;
- l'interessato ha diritto di accedere ai dati che lo riguardano;
- i dati raccolti, fatta salva la pubblicazione e le comunicazioni di cui sopra, non saranno diffusi e non saranno oggetto di comunicazione a soggetti diversi da quelli abilitati al trattamento senza suo esplicito consenso;
- il Titolare del trattamento è la Regione Calabria con sede in LOC. GERMANETO 88100 CATANZARO, nella persona del Presidente pro-tempore; pec: presidente@pec.regione.calabria.it
- il Responsabile della protezione dei dati è la Dott.ssa Giuseppina Fersini Tel.0961 856022 ; email g.fersini@regione.calabria.it ;

- Il Responsabile del trattamento è il Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e-mail: dgtutelasalute@regione.calabria.it; pec: dipartimento.tuteladellasalute@pec.regione.calabria.it;

Il/La sottoscritto/a _____,

nato/a a _____ il ____/____/____

D I C H I A R A

di aver ricevuto l'informativa che precede ed esprime il consenso al trattamento dei dati.

Luogo e data _____

Firma

AVVERTENZE E ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLA DOMANDA

1.

AVVERTENZE GENERALI

La domanda di inclusione nella graduatoria deve essere rinnovata di anno in anno e deve eventualmente contenere le dichiarazioni concernenti i titoli che comportino modificazioni al precedente punteggio a norma dell'Allegato 1 all'ACN 21.06.2018.

I pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato non possono fare domanda di inserimento nella graduatoria.

2. REQUISITI PER L'ACCESSO

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 incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti;
- 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 puericultura
 - pediatria preventiva e puericultura

- 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

ATTENZIONE: Possono altresì presentare domanda di inserimento in graduatoria i medici che **nell'anno acquisiranno il diploma di specializzazione. Il titolo dovrà essere posseduto ed autocertificato entro il 15 settembre 2020 ai fini dell'inserimento nella graduatoria provvisoria.**

L'autocertificazione deve essere trasmessa esclusivamente a mezzo PEC alla REGIONE CALABRIA – Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie – Settore Servizi Territoriali e Personale Convenzionato indirizzo pec: dipartimento.tuteladellasalute@pec.regione.calabria.it

3. INCOMPATIBILITA'

I pediatri che aspirano all'iscrizione nella graduatoria non devono trovarsi nelle seguenti condizioni:

- 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;
- 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;

ATTENZIONE: si raccomanda ai candidati di compilare correttamente le dichiarazioni relative al trattamento di invalidità e di quiescenza nell'allegato "A", in quanto la sussistenza delle condizioni ivi previste possono precludere il diritto di inclusione nella graduatoria. Pertanto, laddove la Regione non possa acquisire le predette informazioni dal richiedente dovrà procedere all'esclusione.

4. MODALITA' DI TRASMISSIONE DELLA DOMANDA

La domanda e i relativi allegati, compilati e debitamente sottoscritti, devono essere spediti esclusivamente a mezzo PEC alla REGIONE Calabria - Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie – Settore Servizi Territoriali e Personale Convenzionato indirizzo pec: dipartimento.tuteladellasalute@pec.regione.calabria.it **entro e non oltre il 31 gennaio 2020.**

L'oggetto della PEC dovrà contenere SOLO la seguente dicitura: **DOMANDA GRADUATORIA PLS.**

La domanda e gli allegati (ad eccezione del documento di identità) NON possono essere prodotti:

- con FILE FORMATO IMMAGINE O CON FOTOGRAFIE DIGITALI (Jpeg e similari);
- con SINGOLI FILE, anche in formato PDF, relativi a ciascuna facciata/pagina dei documenti trasmessi.

Inoltre la domanda deve essere in regola con le vigenti norme in materia di imposta di bollo dell'importo di € 16,00. Ai fini della relativa dimostrazione dovrà essere debitamente compilato, sottoscritto e trasmesso, in allegato alla PEC, il Modulo Allegato C e sul modello di domanda dovrà essere indicato, nell'apposito spazio, il codice numerico composto da 14 cifre rilevabili dal contrassegno.

Si chiarisce che, con Risoluzione n. 89/E del 2016, l'Agenzia delle Entrate ha evidenziato che, nel caso di pagamento dell'imposta di bollo mediante contrassegno telematico, il contribuente deve curare la conservazione del contrassegno utilizzato entro il termine di decadenza triennale previsto per l'accertamento da parte dell'Amministrazione finanziaria (art. 37 del D.P.R. n. 642 del 1972).

5. MOTIVI DI ESCLUSIONE

Sono motivi di esclusione:

- la mancata sottoscrizione della domanda o delle dichiarazioni sostitutive di certificazione;
- la mancata allegazione di valido documento di identità o riconoscimento equipollente;
- la mancanza dei requisiti di ammissione;
- la spedizione della domanda oltre il termine perentorio del 31 gennaio 2020 o con modalità diverse dalla PEC;
- per i candidati in attesa di conseguire il Diploma di specializzazione in pediatria o in una delle seguenti discipline equipollenti, la mancata autocertificazione del titolo, a mezzo PEC, entro la data del 15 settembre 2020;

- la mancanza di autorizzazione al trattamento dei dati personali, ove non prodotta con la domanda e/o integrata a seguito di formale richiesta della Regione.

6. MODALITA' DI DOCUMENTAZIONE DEI TITOLI E CERTIFICAZIONI DI STATI PERSONALI

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 e per le certificazioni di stati personali;
- 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 dei giorni o 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.

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

Ai fini della graduatoria sono valutabili solo i titoli accademici, di studio e di servizio posseduti al 31 dicembre dell'anno precedente, nonché il diploma di specializzazione in pediatria, o discipline equipollenti, conseguito ed autocertificato entro il 15 settembre 2020.

E' necessaria inoltre, anche ai fini delle verifiche e controlli che l'Ufficio istruttore è tenuto a effettuare, l'esatta indicazione della AUSL e/o dell'Ente presso il quale il servizio è stato prestato.

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.