

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Ai sensi e agli effetti di cui agli artt.46,47 e 48 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 e consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

DI ESSERE IN 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 successive modificazioni, con incarico a tempo indeterminato o provvisorio e per attività di sostituzione, per ciascun mese complessivo: p. 1,10

indeterminato determinato **INDIRIZZO ENTE** _____ **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_____

- Attività di sostituzione per attività sindacale (1,10 per mese di attività- il mese corrisponde a 96 ore)

ASP _____ **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_____

- Attività professionale DI SPECIALISTA PEDIATRA svolta presso strutture sanitarie pubbliche non espressamente contemplata in altri punti (0.05 punti per mese di attività)

indeterminato determinato ENTE _____ 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_____

- 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, per ogni mese ragguagliato a 96 ore di attività: p. 0,10

ASP _____ 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_____

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

ASP_____ 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_____

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

ENTE _____ **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_____

- Servizio di leva militare (o sostitutivo nel servizio civile) svolto dopo il conseguimento della laurea in medicina (per ciascun mese 0,05)

ENTE _____ **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 _____

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero. (1)

Luogo e data (2) Firma del dichiarante.....

(1) Ai sensi dell'art. 26 della legge 4 gennaio 1968, n. 15 e successive modificazioni e integrazioni, le dichiarazioni mendaci e la falsità negli atti, sono puniti dal codice penale. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento eniaino sulla base della dichiarazione non veriiera.(2) Ai sensi dell'art. 2 - coniaa 11- della legge 16 giugno 1998, n.191, la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica, ancorchè non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore. **Informativa resa all'interessato per il trattamento di dati personali.** Ai sensi dell'ari. 10 della legge 31 dicembre 1996, n. 675 e in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo di quanto segue:

2. 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 di pediatria di libera scelta valida per il periodo :
3. Il trattamento viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici;
4. Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e , pertanto, in caso di rifiuto, Ella non potrà essere inserito in detta graduatoria; I. I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione ;
5. L'art. 13 della citata legge Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione informa intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento;

*** inserire il nome del medico sostituito**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
- AUTOCERTIFICAZIONE**

Il/La sottoscritto/a Dott. _____

Ai fini della valutazione dei titoli ai sensi dell'ACN-MMG del 21/06/2018,

DICHIARA

Di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università

di _____ in data _____ con voto _____

Specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi del D.M. 10 marzo '83 tab. B e successive integrazioni (4,00 punti)

conseguita il.....presso..... con voto.....

Specializzazione in discipline affini alla pediatria ai sensi del D.M. 10 marzo '83 tab. B e successive integrazioni

(2,00 punti)

conseguita il.....presso.....

Specializzazione in discipline diverse da quelle equipollenti o affini (0,20 punti)

In..... Conseguita ilpresso.....

Di possedere conoscenza della **lingua inglese** documentata dal possesso di certificato non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE) conseguita il.....presso.....(p. 0,50)
[ALLEGARE EVENTUALE COPIA]

Di possedere conoscenza dei principali programmi informatici documentata dal possesso della **Patente europea** per l'utilizzo del PC (ECDL) conseguita il presso..... (p. 0,25)
[ALLEGARE EVENTUALE COPIA]

Data.....

Firma del dichiarante.....

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero. (1)

Ai sensi degli art. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000

Ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 , la presente dichiarazione non necessita di autenticazione della firma e sostituisce le normali certificazioni richieste o destinate ad una Pubblica Amministrazione e ai gestori di pubblici servizi.

(Non soggetta ad autenticazione)

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott. _____

Nato a _____ il _____ residente in _____

Via/Piazza _____ n. _____

Iscritto all'Albo dei _____ della Provincia di _____

ai sensi e agli effetti dell'art. 4, legge 4 gennaio 1968, n° 15 dichiara formalmente di:

essere titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (1).

Soggetto _____ ore settimanali _____

Via _____ Comune di _____ Tipo di rapporto di

lavoro _____ Periodo: dal _____

non essere titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (1).

essere titolare di incarico come medico di assistenza primaria ai sensi del relativo Accordo Collettivo

Nazionale con massimale di n° _____ scelte e con n° _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di Azienda

non essere titolare di incarico come medico di assistenza primaria

essere titolare di incarico come medico pediatra di libera scelta ai sensi del relativo Accordo

Collettivo Nazionale con massimale di n° _____ scelte; Periodo dal

non essere titolare d'incarico come medico pediatra di libera scelta

essere titolare di incarico come specialista ambulatoriale convenzionato

interno a tempo indeterminato a tempo o a tempo

determinato:(1)

Azienda :.....branca.....ore sett.....

Azienda:.....branca.....ore sett.....

non essere titolare di incarico come specialista ambulatoriale convenzionato interno

essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni (1)

Provincia branca..... Periodo: dal.....

non essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni

avere un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo

n.502/92: Azienda _____ Via _____

Tipo di attività _____ Periodo: dal _____

non avere apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, c. 5, D.L.vo n.502/92:

essere titolare di incarico nella continuità assistenziale

a tempo indeterminato

a tempo determinato

nella Regione

altra regione (1): Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____

in forma attiva

in forma di disponibilità

non essere titolare di incarico nella continuità assistenziale

essere titolare di incarico nella emergenza sanitaria territoriale

a tempo indeterminato

a tempo determinato

nella Regione

altra regione (1): Regione _____ Azienda _____ ore sett. _____

in forma attiva

in forma di disponibilità

non essere titolare di incarico nella emergenza sanitaria territoriale

essere iscritto a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:

Denominazione del corso _____ Soggetto pubblico che lo svolge
_____ inizio dal _____

non essere iscritto a corso di formazione in medicina generale di cui al Decreto Leg.vo n° 256/91 o a corso di specializzazione di cui al Decreto Leg.vo n° 257/91, e corrispondenti norme di cui al D.L.vo n. 368/99:

operare a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni.

Organismo _____ ore sett. _____ Via _____ Comune di _____
Tipo di attività _____ Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____

non operare a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni.

operare qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:

Organismo _____ ore sett. _____ Via _____
Comune di _____ Tipo di attività _____
Tipo di rapporto di lavoro _____ Periodo: dal _____

non operare qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 L. 833/78:

svolgere funzioni di medico di fabbrica (1) o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:

Azienda _____ ore sett. _____ Via _____ Comune
di _____ Periodo: dal _____

non svolgere funzioni di medico di fabbrica (1) o di medico competente ai sensi della Legge 626/93:

svolgere per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito

territoriale del quale può acquisire scelte: (1) Azienda ____ Comune di _____

Periodo: dal _____

non svolgere per conto dell'INPS o della Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte.

avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case

di cura private e industrie farmaceutiche: (1) _____ Periodo: dal _____

non avere qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche.

essere titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale

non essere titolare o compartecipe di quote di imprese o esercitare/non esercitare attività che possono configurare conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale.

fruire del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale periodo: dal _____

non fruire del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14.10.1976 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale.

svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

_____ Periodo: dal _____

non svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere: nessuna) _____

essere titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato: (1)

Via _____ Tipo di attività _____

Periodo: dal _____

non essere titolare di incarico nella medicina dei servizi a tempo indeterminato

svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti) _____

non svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrive: nessuna)

operare a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7):

Soggetto pubblico _____ Via _____

Comune di _____ Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro: _____ Periodo: dal _____

non operare a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai nn. 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai nn. 4, 5, 6, 7):

essere titolare di trattamento di pensione. : (1) _____ Periodo: dal _____

non essere titolare di trattamento di pensione.

fruire di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto precedente : (1) soggetto erogante il trattamento

pensionistico.....

Pensionato dal

NOTE.....

Non fruire di trattamento pensionistico da parte di altri fondi pensionistici differenti da quelli di cui al punto precedente.

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede,

Data _____

FIRMA _____

(1) - completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce "NOTE".