

**REGIONE
LAZIO**

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Risorse Umane

AI DIRETTORI GENERALI E
COMMISSARI STRAORDINARI
DELLE ASL DEL LAZIO
LORO SEDI

AGLI ORDINI DEI MEDICI
DELLE PROVINCE DEL LAZIO
LORO SEDI

ALLE OO.SS.
FIMP
CIPE
SIMPEF
LORO SEDI

OGGETTO: Presentazione domande di inserimento nella graduatoria regionale della pediatria di libera scelta valevole per l'anno 2019 per i pediatri che abbiano acquisito il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti successivamente al 31 gennaio 2018.

Com'è noto, in data 21 giugno 2018 è stato ratificato l'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta del 28 marzo 2018; in base a quanto disposto dalla norma transitoria n. 1 del suddetto Accordo, **I Pediatri che abbiano acquisito il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 0998 e s.m.i. successivamente al 31 gennaio 2018 possono presentare domanda per l'inserimento nella graduatoria regionale entro il 15 settembre 2018.**

Si informa che la notizia è stata pubblicata tra le NEWS della pagina URP della Regione Lazio unitamente al modello di domanda che dovrà essere utilizzato. Si precisa che la domanda deve essere corredata dall'autocertificazione del titolo acquisito e dei titoli accademici e di servizio posseduti alla data del 31 dicembre 2017.



REGIONE
LAZIO

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Risorse Umane

Si sottolinea che la possibilità di presentare la domanda entro il 15 settembre 2018, come previsto dalla norma transitoria n. 1 del nuovo ACN, è riservata **esclusivamente** ai Pediatri che abbiano acquisito il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti successivamente al 31 gennaio 2018.

Si invita a dare la massima diffusione alla notizia.

Nel ringraziare per la collaborazione si inviano cordiali saluti.

Il Dirigente dell'Area
(Dott.ssa Barbara Solinas)

Lucarelli Giovanni
glucarelli@regione.lazio.it
☎ 06/5168.3548
31/08/18

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA GRADUATORIA REGIONALE DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA VALIDA PER L'ANNO 2019 PER I MEDICI SPECIALIZZATI IN PEDIATRIA SUCCESSIVAMENTE ALLA DATA DEL 31 GENNAIO 2018 DA PRESENTARSI ENTRO IL 15 SETTEMBRE 2018.

Apporre
marca da
bollo da
Euro16,00
e barrare

· ALLA REGIONE LAZIO
· Direzione Regionale Salute ed Integrazione
· sociosanitaria
· Area Risorse Umane GR/39/06
· Via Rosa Raimondi Garibaldi, 7 – 00145 Roma

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
prov. _____ Il _____ sesso: M sesso: F
codice fiscale _____
residente a _____ prov. _____
indirizzo: _____ n. _____
CAP _____ tel. _____ ASL residenza _____
e-mail _____ PEC _____

CHIEDE

di essere inserito nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta valida per l'anno _____

ACCLUDE

N..... *dichiarazioni sostitutive di certificazione (autocertificazione)*

N..... dichiarazioni sostitutive dell'atto notorio

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196, e in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo che il trattamento dei dati personali richiesti è finalizzato, da parte di questa Amministrazione, esclusivamente alla formazione della graduatoria regionale di Pediatria di libera scelta. Il trattamento dei dati viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici. Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra, pertanto, il sottoscrittore della domanda non potrà essere inserito in detta graduatoria nel caso in cui non acconsenta al trattamento dei propri dati personali. L'art. 7 del citato D. Lgs. conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui: ottenere dal Titolare del trattamento dei dati 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. Titolare del trattamento dei dati è la Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria. I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Data _____

Firma _____
(Ai fini della validità della domanda)

N.B. ALLEGARE FOTOCOPIA DOCUMENTO D'IDENTITA' VALIDO

N.B. ALLEGARE FOTOCOPIA DOCUMENTO D'IDENTITA' VALIDO

AVVERTENZE ED ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE.

I pediatri che aspirano ad essere inseriti nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta devono possedere alla data di scadenza del termine per la presentazione della domanda (31 gennaio) i seguenti requisiti :

- **Iscrizione all'Albo Professionale.**
- **Essere in possesso del diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti:**

1. pediatria;
2. clinica pediatrica;
3. pediatria e puericoltura;
4. patologia clinica pediatrica;
5. patologia neonatale;
6. puericoltura;
7. pediatria preventiva e sociale.

La domanda, in regola con le vigenti leggi in materia di imposta di bollo, deve essere spedita a mezzo raccomandata o consegnata a mano entro e non oltre il **31 gennaio** alla Regione

Per l'accoglimento della domanda farà fede il timbro postale o il timbro apposto dall'ufficio protocollo se consegnata a mano.

Ai fini della graduatoria sono valutati solo i titoli di servizio posseduti alla data del 31 dicembre.

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.

Il medico già iscritto nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta , deve dichiarare soltanto gli ulteriori titoli acquisiti nel corso dell'ultimo anno, o eventuali titoli mai presentati nelle precedenti domande. Per eventuali informazioni è possibile rivolgersi ai seguenti numeri telefonici 06/51683184 – 06/51685475 – 06/51685762 – 06/51683548.

FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA REGIONALE DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
VALIDA PER IL PERIODO:

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE - AUTOCERTIFICAZIONE --

Il sottoscritto Dott. Cognome..... Nome.....

ai sensi e agli effetti dell' art. 46 del DPR 28 Dicembre 2000, n. 445 e successive modificazioni ed integrazioni, in materia di dichiarazioni sostitutive di certificazioni

DICHIARA

Di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di..... dal.....

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

A11) 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.....

A12) 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.....

A12b) Libere docenze in pediatria o discipline equipollenti ai sensi del D.M. 10 marzo '83 tab. B e successive integrazioni (2,00 punti) conseguita il.....presso.....

A12c) Libere docenze in discipline affini alla pediatria ai sensi del D.M. 10 marzo '83 tab. B e successive integrazioni (1,00 punti) conseguita il.....presso.....

A13) Specializzazioni o libere docenze in discipline diverse (0,20 punti) conseguita il.....presso.....

B17) Di aver svolto il servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina dal.....
al..... presso.....

A14) Di essere in possesso del tirocinio abilitante svolto ai sensi della Legge n. 148 del 18 aprile 1975 conseguito il..... presso.....

A15) Di essere in possesso del titolo di animatore di formazione riconosciuto dalla Regione conseguito il..... presso.....

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

Data.....

Firma del dichiarante.....

(Non soggetta ad autenticazione)

(1) Ai sensi degli art. 75 e 76 del DPR 28 Dicembre 2000, n. 445 e successive modificazioni ed integrazioni, le dichiarazioni mendaci e la falsità in atti, sono puniti dal codice penale. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

**Esente da
Imposta di bollo**

Il sottoscritto Dott. Cognome..... Nome.....

ai sensi e agli effetti degli art. 47 e 48 del DPR 28 Dicembre 2000, n. 445 e successive modificazioni ed integrazioni, in materia di dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà

DICHIARA

DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI TITOLI DI SERVIZIO

B51) Attività di specialista pediatra di libera scelta convenzionato ai sensi dell'art. 48 della legge n.833/78 e dell'art. 8 – comma 1 – del decreto legislativo 502/92 e 517/93 compreso quella svolta in qualità di associato o di sostituto (0,60 punti per mese di attività);

dal..... al..... presso.....
dal..... al..... presso.....
dal..... al..... presso.....
dal..... al..... presso.....
dal..... al..... presso.....

B51) Attività di sostituzione per attività sindacale (0,60 punti per mese ragguagliato a 96 ore di attività);

dal..... al.....medico.....A.S.L.....
dal..... al.....medico.....A.S.L.....
dal..... al.....medico.....A.S.L.....

•
inserire il nome del medico sostituito

B55) Attività di specialista pediatra svolta a qualsiasi titolo presso strutture sanitarie pubbliche. (0,05 punti per mese di attività)

dal..... al.....Struttura.....
dal..... l.....Struttura.....
dal..... al.....Struttura.....

B52) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato 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 e di assistenza primaria, in forma attiva (0,10 punti per mese ragguagliato a 96 ore di attività) ** vedi allegato A per la compilazione ******

B53) Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche, organizzate dalle Regioni o dalle UU.SS.LL. (0.10 per mese)

A.S.L..... dal..... al.....
A.S.L..... dal..... al.....

B54) Attività di specialista pediatra svolta all'estero ai sensi della legge 9 febbraio 79, n. 38, della legge 10 luglio 1960, n. 735, e successive modificazioni e del decreto ministeriale 1° settembre 1988, n.430 (0,10 punti per mese di attività)

dal..... al.....presso.....
dal..... al.....presso.....
dal..... al.....presso.....

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

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

(1) Ai sensi degli art. 75 e 76 del DPR 28 Dicembre 2000, n. 445 e successive modificazioni ed integrazioni, le dichiarazioni mendaci e la falsità negli atti, sono puniti dal codice penale. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

(2) Ai sensi dell'art. 38 – comma 3 – del DPR 28 Dicembre 2000, n. 445 e successive modificazioni ed integrazioni, 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.

Dott. Cognome..... Nome.....

Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato nella medicina dei servizi o svolto, anche a titolo di sostituzione nei servizi di guardia medica, di continuità assistenziale o nell'emergenza sanitaria territoriale in forma attiva.(0.10 per mese ragguagliato a 96 ore mensili di attività)*

A N N O.....

Azienda Sanitaria Locale.....

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.....		

* per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare una o più volte l'allegato " A ".

ANNO

Azienda Sanitaria Locale.....

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.....

Firma.....