

REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA

PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA

Domanda per l'inserimento nella graduatoria regionale dei medici specialisti pediatri di libera scelta
VALIDA PER L'ANNO 2020

MARCA DA BOLLO

€ 16.00

RACCOMANDATA A.R.

oppure

Via PEC (se il/la richiedente è in possesso di propria PEC)

All'Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali
Struttura sanità ospedaliera e territoriale e gestione del personale sanitario

Via De Tillier, 30 - 11100 AOSTA

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa _____ M F

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Cittadinanza _____ Codice Fiscale _____

Comune di residenza _____ Prov. _____

Indirizzo _____ n. _____ C.A.P. _____

n. Tel. _____ n. Cell. _____

Indirizzo e-mail _____ indirizzo PEC _____

Chiede che ogni comunicazione venga inviata **all'indirizzo PEC** (preferibile) _____
oppure presso la propria residenza. il domicilio sotto indicato:

c/o _____ nel Comune di _____ Prov. _____

Via _____ n. _____ CAP _____

CHIEDE

il primo inserimento

l'integrazione dei titoli

nella graduatoria regionale di **Pediatria di libera scelta a valere per l'anno 2020**, secondo quanto previsto dall'articolo 15 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la pediatria di libera scelta

DICHIARA

di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatra di libera scelta

Art. 2, comma 3 A.C.N. 21.06.208 "I pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato non possono fare domanda di inserimento nella graduatoria e, pertanto, possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti **solo per trasferimento**".

ACCLUDE

dichiarazione sostitutiva di certificazione (autocertificazione)

dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio per i servizi prestati (è consigliabile presentare fotocopie dei relativi certificati)

certificati di servizio originali o in copia conforme

fotocopia di un documento di identità in corso di validità e codice fiscale

Data..... **FIRMA** per esteso e leggibile

(ai sensi del DPR 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, se la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di valido documento di identità del sottoscrittore)

INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI UE 2016/679

TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento è la Regione autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste, in persona del legale rappresentante pro tempore, con sede in Piazza Deffeyes, n. 1 – 11100 Aosta, contattabile all'indirizzo PEC segretario_generale@pec.regione.vda.it

DELEGATO AL TRATTAMENTO

Delegato al trattamento dei dati è il Dirigente della Struttura sanità ospedaliera e territoriale e gestione del personale sanitario dott. Claudio PERRATONE (tel 0165/274267 – e-mail c.perratone@regione.vda.it)

DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (DPO)

Il responsabile della protezione dei dati della Regione autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste è raggiungibile ai seguenti indirizzi PEC: privacy@pec.regione.vda.it (per i titolari di una casella di posta elettronica certificata) o PEI privacy@regione.vda.it, con una comunicazione avente la seguente intestazione: "All'attenzione del DPO della Regione autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste".

FINALITÀ E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

I dati forniti saranno trattati dal personale autorizzato del Dipartimento Sanità, salute e politiche sociali, anche in forma elettronica, esclusivamente per l'espletamento da parte di questa Amministrazione della formazione della graduatoria regionale per la pediatria di libera scelta **valida per l'anno 2020**, ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta reso esecutivo dalla Conferenza Stato-Regioni in data 29 luglio 2009. Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e pertanto, in caso di rifiuto, il richiedente non potrà essere inserito in detta graduatoria;

AMBITO DI COMUNICAZIONE E DI DIFFUSIONE DEI DATI.

I dati forniti sono altresì trattati dal personale dipendente della Regione autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste, il quale agisce sulla base di specifiche istruzioni fornite in ordine alle finalità e alle modalità del trattamento medesimo, e comunicati, sempre esclusivamente nell'ambito degli adempimenti connessi alla formulazione e utilizzo della graduatoria e a seguito di esplicita e motivata richiesta, al personale dipendente dell'Azienda USL della Valle d'Aosta.

I dati personali nella forma "Cognome, Nome, Provincia, Attività prescelta, punteggio, Posizione in Graduatoria" saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma Valle d'Aosta e nell'apposita pagina del sito internet della Regione stessa: www.regione.vda.it/sanita/personale/graduatorie/default_i.asp

PERIODO DI CONSERVAZIONE

I dati forniti saranno conservati in formato cartaceo e digitale durante il periodo previsto dalla normativa vigente in materia di conservazione, anche ai fini di archiviazione, dei documenti amministrativi e, comunque, di rispetto dei principi di liceità, necessità, proporzionalità, nonché delle finalità per le quali sono stati raccolti.

I dati forniti non saranno trasferiti a paesi terzi al di fuori dell'Unione Europea .

DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'interessato potrà in ogni momento esercitare i diritti di cui agli articoli 15 e seguenti del Regolamento UE/2016/679. In particolare, potrà chiedere la rettifica o la cancellazione dei dati personali o la limitazione del trattamento dei dati personali o opporsi al trattamento nei casi previsti, inviando l'istanza al DPO della Regione autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste, raggiungibile agli indirizzi indicati nella presente informativa.

DIRITTI DI PROPORRE RECLAMO

L'interessato, se ritiene che il trattamento dei dati personali sia avvenuto in violazione di quanto previsto dal Regolamento UE/2016/679, ha diritto di proporre reclamo al garante per la protezione dei dati personali, ai sensi dell'articolo 77 del medesimo Regolamento, utilizzando gli estremi di contatto reperibili nel sito www.garanteprivacy.it

Luogo e data

FIRMA
per presa visione ed accettazione

CONSENSO

Il/La sottoscritto/a _____ quale interessato/a con riferimento ai dati forniti o in altro modo comunicati alla RAVA o acquisiti dalla stessa, e avuto riguardo alla finalità indicate nella sopra riportata informativa, dichiara:

- SI acconsento al trattamento dei dati
- NO non acconsento al trattamento dei dati

Luogo e data

FIRMA
per presa visione ed accettazione

AVVERTENZE E ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLA DOMANDA.

A partire dalla graduatoria anno 2020 (art. 2 comma 4 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta vigente dal 21/06/2018) hanno 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.

I pediatri che intendono essere inseriti nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta devono dichiarare, nell'allegata autocertificazione, di possedere alla data di scadenza del termine per la presentazione della domanda (**31 gennaio 2019**) i seguenti requisiti :

- **Cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti, ovvero:**
 - essere cittadino non comunitario, in possesso di un diritto di soggiorno o di un diritto di soggiorno permanente (entrambi in corso di validità), essendo familiare di un cittadino comunitario (art. 38, comma 1, del D.Lgs. n. 165/2001 e smi);
 - essere cittadino non comunitario con permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo in corso di validità (art. 38, comma 3bis, del D.Lgs. n. 165/2001 e smi);
 - essere cittadino non comunitario titolare dello status di rifugiato in corso di validità (art. 38, comma 3bis, del D.Lgs. n. 165/2001 e smi);
 - essere cittadino non comunitario titolare dello status di protezione sussidiaria in corso di validità (art. 38, comma 3bis, del D.Lgs. n. 165/2001 e smi);
- **Diploma di laurea in Medicina e Chirurgia;**
- **Iscrizione all'Albo Professionale.**
- **Diploma di specializzazione in pediatria o in una delle seguenti discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e successive modifiche ed integrazioni:**
 - **clinica pediatrica**
 - **neonatologia**
 - **pediatria e puericultura**
 - **pediatria preventiva e puericultura**
 - **pediatria preventiva e sociale**
 - **pediatria sociale e puericultura**
 - **puericultura**
 - **puericultura ed igiene infantile**
 - **puericultura, dietetica infantile ed assistenza sociale dell'infanzia**
 - **puericultura e dietetica infantile**

Possono altresì presentare domanda i medici che nell'anno acquisiranno il diploma di specializzazione. Il titolo dovrà essere posseduto ed autocertificato entro il 15 settembre 2019 ai fini dell'inserimento nella graduatoria provvisoria.

Ai fini della graduatoria sono valutabili solo i titoli di servizio posseduti alla data del **31.12.2018**. La domanda e le dichiarazioni sostitutive **devono essere compilate in modo leggibile**. Ai fini della attribuzione del relativo punteggio, la documentazione allegata deve essere tale da poterne consentire la valutazione e non si terrà conto di quella dalla quale non è possibile dedurre i dati di valutazione.

I pediatri che erano già presenti nella precedente graduatoria (valevole per l'anno 2019) oltre all'obbligo della presentazione della domanda (pena cancellazione) potranno dichiarare solo i titoli acquisiti nel corso dell'anno 2018, nonché eventuali titoli che comportino modificazioni al precedente punteggio riportato nella graduatoria relativa al 2019.

Potranno presentare altresì, domanda di inserimento in graduatoria nei termini del 31 gennaio 2019, i medici che nell'anno 2019 acquisiranno il diploma di specializzazione entro il 15 settembre 2019. I medici aspiranti dovranno utilizzare il presente modello ed inviare successivamente il relativo titolo acquisito. I medici in questione saranno inseriti con riserva.

La mancata presentazione del titolo entro il 15 settembre 2019 comporterà l'esclusione d'ufficio dalla graduatoria.

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".

L'omissione o l'incompletezza dei dati potranno comportare la non valutazione dell'attività e quindi la non attribuzione dei relativi punteggi. 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.

L'omessa sottoscrizione della domanda o della dichiarazione sostitutiva, **la mancanza di fotocopia di documento di identità in corso di validità, la spedizione oltre il termine del 31 gennaio 2019**, comportano l'esclusione dall'inserimento nella graduatoria.

La domanda può essere presentata a decorrere dal 1° GENNAIO 2019 e entro e non oltre il 31 GENNAIO 2019, secondo una delle seguenti modalità:

- a) tramite posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo: **sanita_politichesociali@pec.regione.vda.it** (in quest'ultimo caso, solamente se il/la richiedente sia in possesso di una propria casella di posta elettronica certificata PEC), con l'indicazione dell'oggetto "Domanda per l'inserimento nella graduatoria regionale dei medici specialisti Pediatri di libera scelta valida per l'anno 2020". Tutti i documenti allegati alla PEC, nel caso in cui questa non sia registrata sul portale INI-PEC, dovranno essere firmati digitalmente in ogni singola pagina e dovranno essere inviati in formato PDF. All'invio deve essere inoltre allegata la scansione di un documento di identità valido e il codice fiscale.

L'imposta di bollo di € 16.00 dovrà essere assolta in questo caso tramite **BONIFICO BANCARIO** presso qualsiasi banca, come segue:

BENEFICIARIO: STRUTTURA SANITA' OSPEDALIERA E TERRITORIALE E GESTIONE DEL PERSONALE SANITARIO

BANCA: UNICREDIT S.P.A. - IBAN IT 67 Q 02008 01210 000003867729

CAUSALE: E0022317 - COGNOME E NOME (dell'interessato) - IMPOSTA-BOLLO - ISTANZE GRADUATORIA PLS 2020

Allegare copia della ricevuta di avvenuto pagamento dell'imposta di bollo.

- b) mediante raccomandata AR, **(con marca da bollo di € 16.00)** al seguente indirizzo a:

Regione autonoma Valle d'Aosta

Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali

Struttura sanità ospedaliera e territoriale e gestione del personale sanitario

Via de Tillier, 30

11100 AOSTA

In caso di spedizione tramite raccomandata, la data di spedizione della domanda è stabilita e comprovata dalla data apposta dall'Ufficio Postale accettante. In caso di spedizione tramite PEC la data di spedizione della domanda è stabilita e comprovata dalla data di spedizione della comunicazione. L'eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetto.

Si rammenta che ai sensi dell'art. 38 del DPR n. 445/2000, le sottoscrizioni non sono soggette ad autenticazione se l'istanza e le dichiarazioni sostitutive di atto notorio sono inviate unitamente a copia fotostatica, ancorché non autenticate, di un **documento di identità in corso di validità** del sottoscrittore.

A far data dal 1° gennaio 2012, ai sensi dell'art. 15 della legge 12/11/2011, n. 183, recante modifiche al T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa (DPR 28/12/2000, n. 445), le certificazioni rilasciate dalle P.A. in ordine a stati, qualità personali e fatti, sono valide e utilizzabili solo nei rapporti tra privati; nei rapporti con gli organi della P.A. e i gestori di pubblici servizi, i certificati sono sempre sostituiti dalle dichiarazioni sostitutive di certificazione e dall'atto di notorietà. Conseguentemente le P.A. e i gestori di servizi non possono più accertarli né richiederli.

Per accelerare le procedure interne di controllo sulla veridicità della dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio, il pediatra può integrare la stessa allegando copia fotostatica, non autenticata, dei certificati di servizio di cui è eventualmente in possesso.

Nota Bene

I pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato non possono fare domanda di inserimento nella graduatoria e, pertanto, possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.

La graduatoria PROVVISORIA è resa pubblica entro il 30 settembre 2019 sul sito istituzionale della Regione sito www.regione.vda.it - sezione sanità – personale e formazione.

Entro 15 giorni dalla pubblicazione i medici interessati possono presentare istanza di riesame della loro posizione in graduatoria.

La graduatoria DEFINITIVA è pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione autonoma Valle d'Aosta **entro il 30 novembre 2019.**

La pubblicazione suL BUR e sul sito istituzionale della Regione costituisce notificazione ufficiale.

Il termine del procedimento amministrativo decorre dal giorno successivo alla data di scadenza della domanda e si conclude alla data di pubblicazione della graduatoria definitiva sul Bollettino Ufficiale della Regione Autonoma Valle d'Aosta.

Per eventuali informazioni è possibile contattare, dal lunedì al venerdì dalle ore 09.00 alle ore 12.30, i seguenti numeri telefonici: 0165 274271-274264-274255.

Formazione della graduatoria regionale di pediatria di libera scelta valida per l'anno 2020.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE AUTOCERTIFICAZIONE

Allegare fotocopia documento di identità

Esente da imposta di bollo

Si prega di scrivere in stampatello

Il/La sottoscritto/a Dott. Cognome Nome

C.F. (Allegare fotocopia del codice fiscale)

ai sensi e agli effetti dell' art. 46 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 recante il Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

D I C H I A R A

1. di essere cittadino italiano.
2. di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE specificare Paese
3. di essere cittadino del seguente Stato ed in possesso di uno dei requisiti di cui all'articolo 38. commi 1 e 3bis del decreto legislativo n. 165/2001 e s.m.i.
4. di essere iscritto **all'Ordine dei Medici** della Provincia di..... dal.....
5. di essere in possesso del **diploma di laurea** in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università degli Studi di..... in data..... con voto/110.....; (se il voto di laurea non è espresso su 110 ma su 100, occorre specificarlo).
6. di essere in possesso della **specializzazione in pediatria o discipline equipollenti** (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..... inizio frequenza fine frequenza..... (punti 4.00)
7. di essere **iscritto** alla Scuola di **specializzazione in pediatria o disciplina equipollente** (specificare) ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i.: presso l'Università degli Studi di..... con previsione di conseguimento del titolo **entro il 15 settembre 2019**.
8. di essere in possesso della **specializzazione in disciplina affine alla pediatria** (specificare) ai sensi della tabella B del D.M. 31 gennaio 1998 e s.m.i.: conseguita presso l'Università degli Studi di..... in data con voto..... inizio frequenza fine frequenza..... (punti 2.00)

9. di essere in possesso della **specializzazione in discipline diverse da quelle previste ai punti precedenti** (specificare)
 conseguita presso l'Università degli Studi di..... in
 data con voto.....
 inizio frequenza fine frequenza..... (punti 0.20)
10. di essere in possesso del **certificato di conoscenza della lingua inglese** non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE) conseguito il presso (punti 0.50)
N.B. allegare copia del certificato
11. di essere in possesso della **Patente Europea per l'utilizzo del PC (ECDL)** conseguita il presso (punti 0.25)
N.B. allegare copia del certificato ECDL
12. 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 Ministero del Lavoro e della previdenza sociale;
13. di non fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente (tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni della "quota A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM).

N.B. INDICARE TUTTI GLI INDIRIZZI COMPLETI

Le notizie sopra riportate corrispondono al vero. (nota 1)

Data..... Firma per esteso e leggibile.....

(ai sensi del DPR 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, se la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di valido documento di identità del sottoscrittore)

(nota 1) Ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000, 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.

Formazione della graduatoria regionale di pediatria di libera scelta valida per l'anno 2020.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Esente da imposta di bollo

Il/La sottoscritto/a Dott. Cognome..... Nome.....

ai sensi e agli effetti dell' art. 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 e successive modificazioni e integrazioni

Dichiara di essere in possesso dei seguenti titoli di servizio

1. 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 decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, con incarico a tempo indeterminato o provvisorio e per attività di sostituzione. (1.10 punti per mese di attività)
 dal..... al..... presso A.S.L.*.....
 dal..... al..... presso A.S.L.*.....
2. Attività di **sostituzione per attività sindacale del titolare del pediatra di libera scelta titolare:**
 (1.10 punti per mese di attività ragguagliato a 96 ore)
 dal.....al.....medico**..... presso ASL*.....n. ore
 dal.....al.....medico**..... presso ASL*.....n. 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 e di assistenza primaria.**
 (0.10 punti per ogni mese ragguagliato a 96 ore di attività)
 Per ciascun mese solare non può essere considerato un numero di ore superiore a quello massimo consentito dall'Accordo nazionale relativo al settore.
Per la compilazione vedi l'ALLEGATO A
4. Attività medica nei servizi di **assistenza stagionale nelle località turistiche** organizzati dalle Regioni o dalle Aziende
 (0.10 punti per ciascun mese di attività);
 dal..... al..... presso A.S.L.*.....
 dal..... al..... presso A.S.L.*.....
5. **Servizio militare di leva** (o sostitutivo nel servizio civile) svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina e chirurgia.
 dal..... al..... presso
 (punti 0.05 per ciascun mese)

* indicare l'esatto indirizzo dell'Azienda ASL

** inserire il nome del medico sostituito

6. 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 (0.10 punti per mese di attività)

dal..... al..... presso A.S.L.*.....
dal..... al..... presso A.S.L.*.....

Il Servizio deve essere attestato con certificazione, 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 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.

7. Attività di **specialista pediatra svolta a qualsiasi titolo presso strutture sanitarie pubbliche** non espressamente contemplate nei punti che precedono (0.05 punti per ciascun mese complessivo)

dal..... al..... presso Struttura *.....
dal..... al..... presso Struttura*.....
dal..... al..... presso Struttura*.....

I titoli di servizio effettivo sono determinati dalle sole ore di attività svolte ed i periodi di sospensione dalla attività convenzionale non concorrono al computo, ad eccezione dei periodi di astensione obbligatoria o anticipata per gravidanza. A tal fine dichiara di aver usufruito di astensione anticipata o di astensione obbligatoria per gravidanza nei seguenti periodi:

dal.....al.....presso A.S.L.*.....

dal.....al.....presso A.S.L.*.....

dal.....al.....presso A.S.L.*.....

* indicare l'esatto indirizzo dell'Azienda ASL

** inserire il nome del medico sostituito

EVENTUALMENTE, ALLEGA

dichiarazione di conformità agli originali: ai sensi degli articoli 19 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazione mendaci, formazione o uso di atti falsi, previste dall'art. 76 del D.P.R. innanzi citato, le allegate fotocopie sono conformi agli originali in proprio possesso:

1. Fotocopia prot. n. _____ del _____ descrizione _____
2. Fotocopia prot. n. _____ del _____ descrizione _____
3. Fotocopia prot. n. _____ del _____ descrizione _____

Le notizie sopra riportate corrispondono al vero. (nota 1)

Data..... Firma per esteso e leggibile

(ai sensi del DPR 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, se la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di valido documento di identità del sottoscrittore)

(nota 1)

Ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000, 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.

ALLEGATO A

Servizio in forma attiva nella **medicina dei servizi** o svolto, anche a titolo di sostituzione, nei servizi di **guardia medica, di continuità assistenziale, nell'emergenza sanitaria territoriale e di assistenza primaria.**

(0.10 punti per ogni mese ragguagliato a 96 ore di attività) *

A N N O

Azienda Sanitaria Locale di

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.....

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.....

Firma per esteso e leggibile _____

(ai sensi del DPR 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, se la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di valido documento di identità del sottoscrittore)

* Per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare l'ALLEGATO A