

REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA

***Istanza di rilascio della certificazione dell'esperienza triennale maturata nell'ambito delle cure palliative***

***(ai sensi Decreto del Ministro della salute del 4 giugno 2015 e della deliberazione della Giunta regionale del 12 agosto 2016 n. 1083 )***

**MARCA DA BOLLO**

**€ 16.00**

Assessorato Sanità, Salute  
e Politiche Sociali  
Struttura sanità ospedaliera e territoriale e  
gestione del personale sanitario  
Via De Tillier, 30  
11100 AOSTA

**RACCOMANDATA A.R./consegna a mano oppure via PEC (se il/la richiedente è in possesso di propria PEC)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ 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**

il rilascio della certificazione di competenza regionale, ai sensi del D.M. Ministero della salute 4 giugno 2015 e della deliberazione della Giunta regionale n. 1083 del 12 agosto 2016, relativa all'esperienza triennale nel campo delle cure palliative dei medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate, di cui alla legge 27 dicembre 2013, n. 147, comma 425, articolo 1.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dalla normativa vigente nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità:

1. di essere iscritto **all'Ordine dei medici** della Provincia di.....  
dal..... ;
2. di essere in possesso del **diploma di laurea in medicina e chirurgia** conseguito presso l'Università degli Studi di .....  
in data ..... con votazione ...../110 ..... ;  
(se il voto di laurea non è espresso su 110 ma su 100, occorre specificarlo)
3. di aver conseguito l'**abilitazione** all'esercizio professionale presso l'Università degli Studi di .....

il giorno..... mese ..... anno..... sessione .....  
con voto .....

4.  di **non essere** in possesso di alcun titolo di **specializzazione medica**;
- di **essere** in possesso della seguente **specializzazione diversa** da quella di cui al Decreto del Ministero della salute 28 marzo 2013:  
Specializzazione.....  
conseguita presso l'Università degli Studi di .....  
in data .....con voto .....  
inizio frequenza.....fine frequenza.....
5. di **essere stato in servizio**, alla data di entrata in vigore della legge 27 dicembre 2013, n. 147 (1° gennaio 2014), presso ..... della rete dedicata alle cure palliative della Regione autonoma Valle d'Aosta, prevista dalla DGR 1647/2012, ovvero di essere stato in servizio presso ..... della rete dedicata alle cure palliative pubblica o privata accreditata della Regione .....
6. di **svolgere, attualmente, la propria attività** presso la seguente Struttura pubblica o privata accreditata della rete dedicata alle cure palliative della Regione autonoma Valle d'Aosta:  
STRUTTURA.....  
Inizio periodo dal .....(gg.mm.aaaa) al .....(gg.mm.aaaa)  
Qualifica rivestita ..... ( part time  full-time)
7. di aver svolto, prima della data di entrata in vigore della Legge 147/2013 (1° gennaio 2014), attività nel campo delle cure palliative **per almeno tre anni**, anche non continuativi, presso strutture delle reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate, nel modo seguente:

**(Riprodurre il seguente schema tante volte quanto necessita per elencare i propri servizi utili al raggiungimento del triennio di cui sopra ):**

**dal** ..... **al**.....  
(indicare gg/mm/aaaa)

**Presso la seguente struttura**

.....

.....

(Indicare per esteso la denominazione della struttura e indirizzo)

appartenente alla rete di cure palliative \_\_\_\_\_

pubblica/ privata accreditata che eroga attività assistenziali di cure palliative nell'ambito territoriale di riferimento in sede:

- ospedaliera  
 domiciliare e residenziale

**in qualità di** (*barrare la casella che interessa*)

- dipendente a tempo indeterminato  
 dipendente a tempo determinato

- collaborazione coordinata e continuativa (co.co.co)
- contratto libero professionale
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

**Con impegno orario settimanale di n. ore .....**

*(indicare il numero di ore settimanali di attività prestata)*

Consapevole che la mancata allegazione della documentazione richiesta potrà comportare improcedibilità e/o rigetto dell'istanza, fatta salva la facoltà della Struttura sanità ospedaliera e territoriale e gestione del personale sanitario di richiedere eventuali integrazioni, il/la sottoscritto/a

#### A L L E G A

(barrare la documentazione presentata)

- a) STATO DI SERVIZIO, in originale, rilasciato dal rappresentante legale della struttura ricompresa nelle reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate che erogano attività assistenziali di cure palliative nell'ambito territoriale di riferimento in sede ospedaliera, domiciliare e residenziale, così come individuate nell'Intesa sancita il 25 luglio 2012, Rep. N. 151/CSR, in cui era in servizio alla data di entrata in vigore della Legge 147/2013 (obbligatorio vedi nota\*);

#### O p p u r e

- a bis) DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ con la quale dichiara che alla data di entrata in vigore della Legge 147/2013 (1° **gennaio 2014**) si trovava in servizio presso la struttura ivi specificata, ricompresa nelle reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate che erogano attività assistenziali di cure palliative nell'ambito territoriale di riferimento in sede ospedaliera, domiciliare e residenziale, così come individuate nell'Intesa sancita il 25 luglio 2012, Rep. N. 151/CSR; (obbligatorio vedi nota\*);

- b) ATTESTAZIONE a firma del legale rappresentante dell'organizzazione no-profit, **nel caso di medici in servizio presso organismi no profit iscritte nel Registro regionale delle organizzazioni di volontariato, con sede legale ed operanti sul territorio regionale, che abbiano instaurato - negli anni utili al riconoscimento dell'attività professionale dichiarata - rapporti istituzionali, tramite convenzioni, con l'Azienda USL della Valle d'Aosta per l'espletamento di funzioni assistenziali o di supporto in cure palliative, nei vari setting assistenziali**, corredata dalla copia di un documento d'identità in corso di validità dello stesso, che attesti: numero di iscrizione nel Registro regionale delle organizzazioni di volontariato, sede legale dell'organizzazione e elenco (data e durata) delle convenzioni, nel periodo di interesse, stipulate con l'Azienda USL della Valle d'Aosta per l'espletamento di funzioni assistenziali o di supporto in cure palliative, nei vari settings assistenziali;

#### O p p u r e

- b bis) ATTESTAZIONE del legale rappresentante della struttura o dell'ente non accreditati da cui si evince che sia stata presentata istanza di accreditamento, nel caso di medici in servizio presso enti o strutture che erogano attività assistenziali di cure palliative non ancora accreditati, ma che abbiano presentato istanza per l'accREDITAMENTO istituzionale;
- c) ATTESTAZIONE, in originale, relativa all'esperienza professionale maturata rilasciata dal direttore sanitario di ogni struttura pubblica o privata accreditata della rete stessa nella quale ha svolto l'attività (obbligatorio – vedi nota\*);

Oppure

c bis) ATTESTAZIONE del Direttore di Area territoriale dell'Azienda USL della Valle d'Aosta, **nel caso di medici in servizio presso organismi no profit iscritte nel Registro regionale delle organizzazioni di volontariato, con sede legale ed operanti sul territorio regionale, che abbiano instaurato - negli anni utili al riconoscimento dell'attività professionale dichiarata - rapporti istituzionali, tramite convenzioni, con l'Azienda USL della Valle d'Aosta per l'espletamento di funzioni assistenziali o di supporto in cure palliative, nei vari setting assistenziali**, che attesti che l'esperienza professionale è avvenuta nell'ambito di una convenzione stipulata con l'organismo no-profit;

d) ULTERIORE DOCUMENTAZIONE che il/la richiedente ritenga di produrre, di seguito elencata (facoltativo - vedi nota\*\*):

.....  
.....

e) COPIA FOTOSTATICA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ (obbligatorio - 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).

In relazione alla presente istanza, infine

D I C H I A R A

- A) di aver preso visione dei contenuti del D.M. Ministro della salute 4 giugno 2015 e della DGR n. 1083 in data 12 agosto 2016;
- B) di aver preso visione delle istruzioni fornite dalla Struttura sanità territoriale e ospedaliera e gestione del personale sanitario dell'Assessorato Sanità, salute e politiche sociali ai fini della compilazione della presente istanza;
- C) di essere consapevole che la Regione provvederà al rilascio della certificazione di competenza nel termine previsto dall'articolo 2, comma 3, del D.M. 4 giugno 2015 del Ministro della salute, riservandosi, in ogni caso, di effettuare gli accertamenti in ordine a quanto dichiarato nella presente e di procedere all'adozione del citato provvedimento solo a completamento dell'acquisizione delle necessarie notizie, nonché tenendo conto di eventuali pareri che dovessero pervenire nel frattempo da parte del Ministro della salute circa la portata applicativa del D.M. 4 giugno 2015 del Ministro della salute;
- D) (eventuale) di apporre alla presente istanza una marca da bollo da euro 16,00 - serie n. \_\_\_\_\_ (n.b. è necessario riportare obbligatoriamente gli estremi della marca da bollo **solo nel caso di adempimento all'onere in modalità telematica, ai sensi dell'art. 6, comma 1, del Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 17.06.2014**).

C H I E D E

che ogni comunicazione relativa alla presente domanda di riconoscimento sia recapitata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

Nome e Cognome.....

Via..... n. ....

nel Comune di ..... Prov. .... CAP .....

Telefono ..... cellulare .....

Indirizzo E-mail .....

Indirizzo PEC .....

Oppure:

al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC) \_\_\_\_\_

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs n. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito della presente procedura e, pertanto, autorizza il trattamento dei dati per tali finalità.

**Luogo e 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)

### **Note**

- \* **Il/la richiedente può scegliere se presentare il documento di cui alla lettera a) o alla lettera a bis), in quanto alternativi. Lo stesso vale per i documenti previsti alla lettera b) – alternativo a quello previsto alla lettera b bis – e c) – alternativo a quello previsto alla lettera c bis. In nessun caso può essere omessa la presentazione delle tre attestazioni**
- \*\* **La presentazione di ulteriore documentazione che il/la richiedente ritenga produrre è facoltativa, avendo il solo scopo di agevolare l'attività istruttoria degli uffici regionali.**