



## Regione Siciliana

### DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA GRADUATORIA REGIONALE DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA VALIDA PER L'ANNO 2014

marca da bollo  
€14,62

All'Assessorato Regionale della Salute  
Dipartimento Pianificazione Strategica  
Servizio 2° - Personale convenzionato S.S.R.  
Piazza O. Ziino n° 24  
90145 Palermo

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ comune di residenza \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. n° \_\_\_\_\_

Inserito nella Graduatoria valida per l'anno 2013  
( barrare la casella che interessa )

**Si**     **No**

**CHIEDE**

di essere inserito nella Graduatoria Regionale di Pediatria di libera scelta valida per l'anno 2014

**ACCLUDE**

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

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

Copia fotostatica di un documento di identità

Data.....

Firma.....

## AVVERTENZE ED ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE

I medici 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 (31/01/2013) i seguenti requisiti:

- **Iscrizione all'Albo Professionale;**
- **Essere in possesso del diploma di specializzazione in una delle seguenti discipline:**

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 deve essere spedita a mezzo raccomandata o consegnata a mano entro e non oltre il **31/01/2013** all'Assessorato Regionale della Salute – Dipartimento pianificazione strategica – Servizio 2° - Personale convenzionato S.S.R. – Piazza Ottavio Ziino n. 24 – 90145 Palermo

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 i soli titoli di servizio posseduti alla data del 31/12/2012, espressamente previsti ed elencati nell'art. 16 dell'A. C. N. 29/07/09.

Ai fini dell'attribuzione del punteggio, la documentazione presentata 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;

**Pertanto ai sensi del DPR 445/00 e smi i titoli accademici, di studio e di servizio devono essere prodotti utilizzando:**

- per i titoli accademici e di studio, dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000, come da modello allegato (**debitamente sottoscritto e compilato in tutti i punti**);
- per i titoli di servizio, dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, ai sensi dell'art. 47 del DPR n. 445/2000, come da modello allegato (**debitamente sottoscritto**)

Al fine di snellire le procedure burocratiche e abbreviare i tempi necessari alla formazione della graduatoria, ai sensi di quanto disposto dall'art. 15 dell' A.C.N. del 29/07/09, il medico che risulti già iscritto nella graduatoria regionale valida per il 2013, qualora intenda essere inserito anche nella graduatoria valida per il 2014 deve comunque presentare entro il termine di decadenza, **pena il mancato inserimento**, relativa domanda, unitamente alla documentazione comprovante l'iscrizione all'albo professionale.

Il medico che sia già stato iscritto nella Graduatoria Regionale valida per l'anno 2013, oltre ad autocertificare l'iscrizione all'Albo professionale, deve dichiarare solo il possesso dei titoli di servizio acquisiti nel corso dell'anno 2012 nonché di eventuali titoli di servizio non presentati nelle precedenti graduatorie.

Il medico titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta, **non può inoltrare domanda di inserimento nella graduatoria regionale.**

**Formazione della graduatoria regionale di Pediatria di libera scelta valida per l'anno 2014**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE  
- AUTOCERTIFICAZIONE -**

Il sottoscritto Dott. Cognome..... Nome.....  
C. F.....

ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D. P. R. 445 del 28/12/2000 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

**DICHIARA**

1. Di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di.....dal.....
2. Di essere stato iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di.....  
dal.....al.....e all'Ordine dei Medici della Provincia di.....  
dal.....al.....
3. Di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso  
l'Università di.....in data.....con voto.....
4. Di essere in possesso della specializzazione o libera docenza in:  
  
Specializzazione/libera docenza in.....conseguita il.....  
presso.....con voto.....  
corso svolto dal.....al.....( indicare gg/mm/aa)  
  
Specializzazione/libera docenza in.....conseguita il.....  
presso.....con voto.....  
corso svolto dal.....al.....( indicare gg/mm/aa)
5. Di aver svolto il servizio militare di leva o sostituto nel servizio civile dopo il conseguimento  
del diploma di laurea in medicina dal.....al.....  
presso.....
6. Di essere in possesso del tirocinio abilitante svolto ai sensi della Legge n°148 del 18/04/1975  
conseguito il.....presso.....

7. Di essere in possesso del titolo di animatore di formazione riconosciuto dalla Regione o rilasciato da soggetti accreditati dal Ministero della Salute o dalla Regione conseguito il .....presso.....
8. Di essere/non essere titolare di incarico di medico specialista pediatra di libera scelta presso l'Azienda Sanitaria Territoriale n°.....di.....nell'ambito territoriale di..... della Regione.....dal.....
9. Di essere/non essere iscritto al corso di formazione specifica in Medicina Generale di cui al D.L.vo 277/03 presso la Regione.....dal.....
10. Di essere/non essere iscritto a corsi di Specializzazione di cui al D.L.vo 257/91 e corrispondenti norme del D.L.vo 368/99 presso l'Università di..... dal.....

**si avvertono le SS. LL. che la mancata compilazione, anche se negativa, di tutti i punti della suddetta autocertificazione comporterà la NON VALUTAZIONE dei titoli di servizio.**

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

Data.....

Firma del dichiarante.....  
( non soggetta ad autenticazione )

( 1 ) ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D. P. R. 445/00 “ chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia ”.

## Formazione della graduatoria regionale di Pediatria di libera scelta valida per l'anno 2014

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL' ATTO DI NOTORIETA' - ATTO NOTORIO -

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

C. F.....

ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D. P. R. 445 del 28/12/2000 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

#### DICHIARA

#### DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI TITOLI DI SERVIZIO

1. 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 D. lgs 502/92 e successive modificazioni, compreso quella svolta in qualità di associato o sostituto ( 0.60 punti per ciascun mese complessivo );  
A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....  
A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....  
A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....
2. Attività di sostituzione per attività sindacale (0.60 punti per mese di attività ragguagliato a 96 ore);  
dal.....al.....ore.....medico\*.....A.S.P.....  
dal.....al.....ore.....medico\*.....A.S.P.....  
dal.....al.....ore.....medico\*.....A.S.P.....

---

\* inserire il nome del medico sostituito

3. 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 punti per mese ragguagliato a 96 ore di attività );

**- vedi allegato " A " per la compilazione -**

4. Attività di medico di assistenza primaria, svolto anche in qualità di sostituto ( 0.10 punti per mese )

**- vedi allegato " B " per la compilazione -**

5. Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche, organizzate dalle

Regioni o dalle AA. SS. PP. ( 0.10 punti per mese );

A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....

A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....

A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....

6. Attività di specialista pediatra svolta all'estero ai sensi della legge 09/02/1979 n°38, della legge 10/07/1960 n° 735 e successive modificazioni e del D. M. 01/09/1988 n° 430 ( 0.10 punti per mese di attività );

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

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

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

7. Attività di 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.....

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

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

8. Astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio durante il periodo di incarico a tempo determinato e indeterminato ( legittimamente acquisito prima dell'intervenuta sospensione) nell'area della pediatria di libera scelta ( fino a un massimo di mesi 5 per ogni evento);

dal.....al..... ( indicare gg/mm/aa)

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

Data.....

( 2 ) Firma del dichiarante.....

( non soggetta ad autenticazione )

( 1 ) ai sensi dell'art. 76 comma 1 D. P. R. 445/00 " chiunque rilascia documentazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia ".

( 2 ) ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D. P. R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

ALLEGATO "A"

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

C. F.....

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 punti per mese ragguagliato a 96 ore mensili di attività);

Anno ..... A.S.P. n°..... Distretto 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.....

ALLEGATO "B"

Attività di medico di assistenza primaria, svolto anche in qualità di sostituto ( 0.10 punti per mese )

Anno ..... A.S.P. n°..... Distretto 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.....

Firma.....