



# Regione Siciliana

## DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA GRADUATORIA REGIONALE DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA VALIDA PER L'ANNO 2017

marca da bollo  
€ 16,00

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° \_\_\_\_\_

Indirizzo PEC \_\_\_\_\_

Inserito nella Graduatoria valida per l'anno 2016  
( barrare la casella che interessa )

**Si**

**No**

### CHIEDE

di essere inserito nella Graduatoria Regionale di Pediatria di libera scelta valida per l'anno 2017

### ACCLUDE

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

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

Copia fotostatica di un documento di identità

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso

la propria residenza

il domicilio sotto indicato

c/o \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Data.....

Firma.....

## AVVERTENZE ED ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE

1. 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 (31/01/2016) i seguenti requisiti:

- **Iscrizione all'Albo Professionale;**
- **Essere in possesso del diploma di specializzazione in una delle seguenti discipline:**
- Pediatria
- Clinica pediatrica
- Pediatria e Puericoltura
- Patologia clinica pediatrica
- Patologia neonatale
- Puericoltura
- Pediatria preventiva e sociale

2. La domanda deve essere spedita a mezzo raccomandata o consegnata a mano entro e non oltre il **31/01/2016** all'Assessorato Regionale della Salute – Dipartimento pianificazione strategica – Servizio 2° - Personale convenzionato S.S.R. – Piazza Ottavio Ziino n. 24 – 90145 Palermo

**A pena d'esclusione, è obbligatorio sottoscrivere la presente domanda ed unire alla stessa copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità, del sottoscrittore.**

Per l'accoglimento della domanda farà fede il timbro postale o il timbro apposto dall'ufficio protocollo se consegnata a mano. L'Amministrazione non si assume alcuna responsabilità nel caso di mancato recapito della domanda né per eventuali disguidi postali non imputabili all'Amministrazione stessa. Pertanto la ricevuta rilasciata dall'Ufficio Postale o dall'ufficio protocollo dell'Assessorato se consegnata a mano, saranno gli unici documenti validi da produrre per comprovare l'avvenuta presentazione della domanda.

3. 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 2016, qualora intenda essere inserito anche nella graduatoria valida per il 2017 deve comunque presentare entro il termine di scadenza, **pena il mancato inserimento**, relativa domanda, unitamente alle dichiarazioni di cui al punto successivo.

4. 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**) indicando sempre **l'Ufficio o l'Ente** che, detenendo gli atti autorizzativi, possa a richiesta confermare il servizio;

**Le dichiarazioni di cui ai precedenti punti dovranno essere spedite unitamente a fotocopia di un documento di identità in corso di validità.**

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

5. Con l'entrata in vigore delle disposizioni della legge 12 novembre 2011, n. 183 le certificazioni rilasciate dalla Pubblica Amministrazione in ordine a stati, qualità personali e fatti sono valide e utilizzabili solo nei rapporti tra privati. Nei rapporti con gli organi della Pubblica Amministrazione i

**certificati e gli atti di notorietà sono sempre sostituiti dalle dichiarazioni sostitutive di certificazioni e dalle dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà**“ Le amministrazioni pubbliche hanno l'obbligo di legge di procedere all'acquisizione d'ufficio delle informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive, nonché di tutti i dati e i documenti che siano in possesso delle pubbliche amministrazioni, previa indicazione, da parte dell'interessato, degli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti.”. **Pertanto, il dichiarante, in relazione ai titoli accademici, di studio e di servizio, deve sempre indicare i dati ( denominazione, indirizzo ) atti a consentire l'identificazione delle rispettive amministrazioni, affinché si possa provvedere agli adempimenti di cui all'art. 71 del D.P.R. n. 445 e successive modificazioni.**

**6. Ai fini dell'attribuzione del punteggio**, la dichiarazione dei titoli accademici e di servizio dovranno essere presentate in modo tale da poterne consentire la valutazione e non si terrà conto di quella dalla quale non è possibile dedurre i dati di valutazione. Pertanto si ribadisce che **i servizi e le attività svolte vanno indicati in modo completo, specificando, ove richiesto, la tipologia di incarico ( a tempo indeterminato, determinato ), i mesi di attività e per ciascun mese le ore effettivamente svolte. E' necessaria inoltre l'esatta indicazione dell'A.S.P e / o dell'Ente presso il quale il servizio è stato prestato.**

Ai fini della graduatoria sono valutabili solo i titoli di servizio posseduti alla data del 31/12/2015, espressamente previsti ed elencati all'art. 16 A.C.N. del 29/07/09.

I medici che hanno già presentato domanda per l'immissione nella graduatoria valida per l'anno 2016 devono presentare o dichiarare solo il possesso dei titoli di servizio acquisiti nel corso dell'anno 2015, nonché eventuali titoli di servizio non presentati per le precedenti graduatorie, unitamente alle dichiarazioni di cui al precedente punto 4 (Autocertificazione).

L'amministrazione regionale si riserva di effettuare, in qualsiasi momento, specifici controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rilasciate in attuazione delle disposizioni vigenti in materia. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere.

**7.** La mancata sottoscrizione della domanda, la mancanza dei requisiti, la mancata presentazione della documentazione comprovante il possesso dei requisiti (autocertificazione) , la spedizione della domanda oltre il termine perentorio del 31 gennaio 2016 e la mancata presentazione del documento di identità, comportano **l'esclusione** dalla graduatoria.

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

Le graduatorie regionali sono consultabili sul sito internet: Regione Siciliana - Strutture Regionali-Assessorato Regionale della Salute – Dipartimento per la pianificazione strategica – Servizio 2 “ Personale convenzionato S.S.R.”.

Per eventuali informazioni è possibile rivolgersi ai seguenti numeri telefonici: 091/ 7075566 – 091/ 7075782

**Formazione della graduatoria regionale di Pediatria di libera scelta valida per l'anno 2017**  
**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 del diploma di specializzazione o libera docenza in:  
  
Specializzazione/libera docenza in \_\_\_\_\_ conseguita il \_ / \_ / \_ \_  
presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_ corso svolto  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (indicare gg/mm/aa )  
  
Specializzazione/libera docenza in \_\_\_\_\_ conseguita il \_ / \_ / \_ \_  
presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_ corso svolto  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ (indicare gg/mm/aa )  
( specificare data di inizio e data di conclusione del corso di specializzazione)
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.....  
(indicare gg/mm/aa )
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..... (indicare gg/mm/aa )

**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 (2).....  
( 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 ”.

(2) La sottoscrizione non e' soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore. La mancanza del documento di identità comporta la nullità della domanda

**Formazione della graduatoria regionale di Pediatria di libera scelta valida per l'anno 2017**

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

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

C. F.....

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000, **dichiara di essere in possesso dei seguenti titoli di servizio, e di non aver svolto le seguenti attività durante i periodi formativi.**

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:

convenzionato a tempo indeterminato

a tempo determinato

sostituzione

presso

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

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

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

( 0,60 punti per ciascun mese complessivo);

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 " A1 " 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.....  
 (\*) il servizio deve essere attestato con certificati in originale o copia conforme all'originale, sottoscritti 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 sanitari prestati all'estero per i quali è previsto uno specifico provvedimento di riconoscimento ( art. 124, comma 2 D.Lgs.112/1998) è necessario allegare copia di detto provvedimento
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.....  
 indirizzo(\*).....n. tel.....  
 dal.....al.....presso.....  
 indirizzo(\*).....n. tel.....  
 dal.....al.....presso.....  
 indirizzo(\*).....n. tel.....  
 (\*)indicare l'indirizzo delle amministrazioni che detenendo gli atti deliberativi possono confermare il servizio a richiesta
8. Astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio durante il periodo di incarico a tempo determinato e indeterminato nell'area della pediatria di libera scelta ( fino a un massimo di mesi 5 per ogni evento);  
Periodo di astensione obbligatoria : dal.....al..... ( indicare gg/mm/aa)  
Tipo di incarico:  a tempo Indeterminato ( decorrenza t. indeterminato \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ )  
 a tempo determinato ( dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ )

**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.....

**N.B. Occorre indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio.**

ALLEGATO "A1"

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.....
Febbraio	dal.....al.....
Marzo	dal.....al.....
Aprile	dal.....al.....
Maggio	dal.....al.....
Giugno	dal.....al.....
Luglio	dal.....al.....
Agosto	dal.....al.....
Settembre	dal.....al.....
Ottobre	dal.....al.....
Novembre	dal.....al.....
Dicembre	dal.....al.....

Firma.....