



## Regione Siciliana

### DOMANDA DI INSERIMENTO ALLA GRADUATORIA REGIONALE DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA VALIDA PER L'ANNO 2019

marca da bollo  
€ 16,00

All'Assessorato Regionale della Salute  
Dipartimento Pianificazione Strategica  
Servizio 1 "Personale del S.S.R. -  
Dipendente e Convenzionato"  
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 \_\_\_\_\_ E MAIL \_\_\_\_\_

secondo quanto previsto dalla Norma Transitoria n. 1 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la  
Pediatria di Libera Scelta 29/03/2018 (ratificato in sede di Conferenza Stato-Regioni il 21/06/2018)

#### CHIEDE

di essere inserito nella Graduatoria Regionale di Pediatria di libera scelta valida per l'anno **2019**

#### ACCLUDE

N°.....dichiarazioni sostitutive di certificazione (**obbligatoria pena l'esclusione**)

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

Copia fotostatica di un documento di identità (**obbligatoria pena l'esclusione in quanto parte integrante  
delle superiori dichiarazioni**)

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso

- la propria residenza  
 il domicilio sotto indicato

c/o \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_  
N. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Data.....

Firma.....

**Formazione della graduatoria regionale di Pediatria di libera scelta valida per l'anno 2019**  
**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 )

**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 2019

### 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.....  
 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.....  
 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.....(ore.....) presso.....  
 indirizzo(\*).....n. tel.....  
 dal.....al.....(ore.....) presso.....  
 indirizzo(\*).....n. tel.....  
 dal.....al.....(ore.....) presso.....  
 indirizzo(\*).....n. tel.....

**(\*)indicare l'indirizzo delle amministrazioni che detenendo gli atti deliberativi possono confermare il servizio a richiesta**

8. Attività svolta nei PPI pediatrici ( 0.05 punti per ciascun mese complessivo, ragguagliato a 40 ore mensili )  
 dal.....al.....(ore.....) presso.....  
 indirizzo(\*).....n. tel.....  
 dal.....al.....(ore.....) presso.....  
 indirizzo(\*).....n. tel.....

**(\*)indicare l'indirizzo delle amministrazioni che detenendo gli atti deliberativi possono confermare il servizio a richiesta**

9. 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.....

## AVVERTENZE GENERALI

**Ai sensi della Norma Transitoria n. 1 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la pediatria di Libera Scelta , sancito con intesa in sede di Conferenza Stato Regioni in data **21 giugno 2018**, i pediatri che abbiano acquisito il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ( ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i.) successivamente al 31 gennaio 2018 possono presentare domanda per l'inserimento nella graduatoria regionale, valevole per il 2019, **entro il 15 settembre 2018**.**

**I medici che hanno già presentato domanda di iscrizione alla graduatoria regionale di PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA con riserva entro il 31/01/2018, non devono presentare nuovamente domanda ai sensi della citata norma transitoria ma, qualora non avessero ancora provveduto, devono trasmettere, a scioglimento della riserva, autocertificazione relativa all'avvenuto conseguimento del diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti.**

La domanda deve essere corredata dall'autocertificazione del titolo nel frattempo acquisito e dei titoli accademici e di servizio posseduti alla data del 31 dicembre 2017 e deve essere spedita a mezzo raccomandata o consegnata a mano **entro e non oltre il 15.09.2018** all'Assessorato Regionale della Salute – Dipartimento pianificazione strategica – Servizio 1 “ Personale del S.S.R. Dipendente e Convenzionato” – 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. 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..

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

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

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

### **ESCLUSIONE DALLA GRADUATORIA**

La mancanza dei requisiti di accesso, la mancata compilazione e sottoscrizione della dichiarazione sostitutiva di certificazione , la mancata trasmissione di una copia di un documento di identità comportano l'esclusione dalla graduatoria.

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