



Regione Siciliana

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA GRADUATORIA REGIONALE DI
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA VALIDA PER IL PERIODO
01/07/2004 – 30/06/2005

Marca da bollo

All'Assessorato Regionale Sanità
Servizio 8° - Dipartimento F. 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 il periodo 01/07/2003 – 30/06/2004
(barrare la casella che interessa)

Si

No

CHIEDE

di essere inserito nella Graduatoria Regionale di Pediatria di libera scelta valida per il periodo
01/07/2004 – 30/06/2005

ACCLUDE

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

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

N°.....certificati

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 (31/01/2004) i seguenti requisiti:

- **Iscrizione all'Albo Professionale;**
- **Essere in possesso del diploma di specializzazione o attestato di libera docenza 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, in regola con le vigenti leggi in materia di imposta di bollo, deve essere spedita a mezzo raccomandata o consegnata a mano entro e non oltre il **31/01/2004** all'Assessorato Regionale Sanità – Servizio 8° - Dipartimento Fondo Regionale Sanitario - Piazza O. 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 31/12/2003.

Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità della dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio, il medico può trasmettere una copia fotostatica, anche non autenticata, dei certificati di servizio di cui sia già in possesso.

Il medico che sia già stato iscritto nella Graduatoria Regionale valida per il periodo 01/07/2003 – 30/06/2004, oltre a produrre la documentazione comprovante l'iscrizione all'Albo professionale, deve dichiarare solo il possesso dei titoli di servizio acquisiti nel corso dell'anno 2003 nonché di eventuali titoli di servizio non presentati nelle precedenti graduatorie.

**Formazione della graduatoria regionale di Pediatria di libera scelta valida per il periodo:
01/07/2004 – 30/06/2005**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
- AUTOCERTIFICAZIONE -**

**Esente da
imposta di bollo**

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.....

Specializzazione/libera docenza in.....conseguita il.....
presso.....con voto.....
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 conseguito il.....presso.....

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 il periodo:
01/07/2004 – 30/06/2005**

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

**Esente da
imposta di bollo**

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 (0.20 punti per ciascun mese complessivo);
A.S.L. n°.....Distretto di.....dal.....al.....
A.S.L. n°.....Distretto di.....dal.....al.....
A.S.L. n°.....Distretto di.....dal.....al.....
2. Attività di sostituzione per attività sindacale (0.20 punti per mese di attività ragguagliato a 96 ore);
dal.....al.....medico*.....A.S.L.....
dal.....al.....medico*.....A.S.L.....
dal.....al.....medico*.....A.S.L.....
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 medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche, organizzate dalle Regioni o dalle AA. SS. LL. (0.10 punti per mese);
A.S.L. n°.....Distretto di.....dal.....al.....
A.S.L. n°.....Distretto di.....dal.....al.....
A.S.L. n°.....Distretto di.....dal.....al.....
5. 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.....

6. Attività di pediatra svolta a qualsiasi titolo presso strutture sanitarie pubbliche non espressamente contemplate nei punti che precedono (0.10 punti per ciascun mese complessivo);
dal.....al.....presso.....
dal.....al.....presso.....
dal.....al.....presso.....
7. Astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio durante il periodo di incarico a tempo indeterminato nell'area della pediatria di base (0.20 punti);
dal.....al.....

* inserire il nome del medico sostituito

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

Luogo e 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.

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.L. 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.....

Anno A.S.L. 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.....