

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA GRADUATORIA REGIONALE DI  
**PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA**  
VALIDA PER L'ANNO 2019

Apporre  
marca da  
bollo da  
Euro16,00  
**e barrare**

ALLA REGIONE LAZIO  
Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali  
Area Risorse Umane GR/11/44  
Via Rosa Raimondi Garibaldi, 7 – 00145 Roma

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_ sesso: M      sesso: F  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
indirizzo: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ ASL residenza \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere inserito nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta valida per l'anno \_\_\_\_\_

**ACCLUDE**

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

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

**INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196, e in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo che il trattamento dei dati personali richiesti è finalizzato, da parte di questa Amministrazione, esclusivamente alla formazione della graduatoria regionale di Pediatria di libera scelta. Il trattamento dei dati viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici. Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra, pertanto, il sottoscrittore della domanda non potrà essere inserito in detta graduatoria nel caso in cui non acconsenta al trattamento dei propri dati personali. L'art. 7 del citato D. Lgs. conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui: ottenere dal Titolare del trattamento dei dati la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento. Titolare del trattamento dei dati è la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria. I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
(Ai fini della validità della domanda)

**N.B. ALLEGARE FOTOCOPIA DOCUMENTO D'IDENTITA' VALIDO**

## **AVVERTENZE ED ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE.**

I pediatri 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 gennaio 2018) i seguenti requisiti:

- **Iscrizione all'Albo Professionale.**
  
- **Essere in possesso del diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti:**
  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 gennaio 2018** alla Regione Lazio

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 solo i titoli di servizio posseduti alla data del 31 dicembre 2017.

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 già iscritto nella graduatoria** regionale di pediatria di libera scelta, deve dichiarare soltanto gli ulteriori titoli acquisiti nel corso dell'ultimo anno, o eventuali titoli mai presentati nelle precedenti domande. Per eventuali informazioni è possibile rivolgersi ai seguenti numeri telefonici 06/51683548 – 06/51685260.

FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA REGIONALE DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA  
VALIDA PER IL PERIODO:

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE - AUTOCERTIFICAZIONE -**

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

ai sensi e agli effetti dell' art. 46 del DPR 28 Dicembre 2000, n. 445 e successive modificazioni ed integrazioni, in materia di dichiarazioni sostitutive di certificazioni

**DICHIARA**

Di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di..... dal.....

Di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università di..... in data..... con voto.....

**A11) Specializzazione in pediatria o discipline equipollenti** ai sensi del D.M. 10 marzo '83 tab. B e successive integrazioni (4,00 punti) conseguita il.....presso.....

**A12) Specializzazione in discipline affini alla pediatria** ai sensi del D.M. 10 marzo '83 tab. B e successive integrazioni (2,00 punti) conseguita il.....presso.....

**A12b) Libere docenze in pediatria o discipline equipollenti** ai sensi del D.M. 10 marzo '83 tab. B e successive integrazioni (2,00 punti) conseguita il.....presso.....

**A12c) Libere docenze in discipline affini alla pediatria** ai sensi del D.M. 10 marzo '83 tab. B e successive integrazioni (1,00 punti) conseguita il.....presso.....

**A13) Specializzazioni o libere docenze in discipline diverse** (0,20 punti) conseguita il.....presso.....

**B17) Di aver svolto il servizio militare** di leva o sostitutivo nel servizio civile dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina dal..... al..... presso.....

**A14) Di essere in possesso del tirocinio abilitante** svolto ai sensi della Legge n. 148 del 18 aprile 1975 conseguito il..... presso.....

**A15) 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 degli art. 75 e 76 del DPR 28 Dicembre 2000, n. 445 e successive modificazioni ed integrazioni, le dichiarazioni mendaci e la falsità in atti, sono puniti dal codice penale. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.*

FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA REGIONALE DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA VALIDA PER IL PERIODO:

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

**Esente da  
Imposta di bollo**

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

ai sensi e agli effetti degli art. 47 e 48 del DPR 28 Dicembre 2000, n. 445 e successive modificazioni ed integrazioni, in materia di dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà

**DICHIARA**

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

**B51) 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 decreto legislativo 502/92 e 517/93 compreso quella svolta in qualità di associato o di sostituto (0,60 punti per mese di attività );

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

**B51) Attività di sostituzione per attività sindacale** (0,60 punti per mese ragguagliato a 96 ore di attività);

dal..... al.....medico<sup>♦</sup>.....A.S.L.....  
dal..... al.....medico.....A.S.L.....  
dal..... al.....medico.....A.S.L.....

♦  
inserire il nome del medico sostituito

**B55) Attività di specialista pediatra svolta a qualsiasi titolo presso strutture sanitarie pubbliche.** (0,05 punti per mese di attività)

dal..... al.....Struttura.....  
dal..... l.....Struttura.....  
dal..... al.....Struttura.....

**B52) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato nella medicina dei servizi** o svolto, anche a titolo di sostituzione, nei servizi di guardia medica e di continuità assistenziale e nell'emergenza sanitaria territoriale e di assistenza primaria, in forma attiva (0,10 punti per mese ragguagliato a 96 ore di attività) **\*\*\*\* vedi allegato A per la compilazione \*\*\*\***

**B53) Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche,** organizzate dalle Regioni o dalle UU.SS.LL. (0.10 per mese)

A.S.L..... dal..... al.....  
A.S.L..... dal..... al.....

**B54) Attività di specialista pediatra svolta all'estero** ai sensi della legge 9 febbraio 79, n. 38, della legge 10 luglio 1960, n. 735, e successive modificazioni e del decreto ministeriale 1° settembre 1988, n.430 ( 0,10 punti per mese di attività )

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

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

Luogo e data ..... (2) Firma del dichiarante.....

*(1) Ai sensi degli art. 75 e 76 del DPR 28 Dicembre 2000, n. 445 e successive modificazioni ed integrazioni, le dichiarazioni mendaci e la falsità negli atti, sono puniti dal codice penale. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.*

*(2) Ai sensi dell'art. 38 – comma 3 – del DPR 28 Dicembre 2000, n. 445 e successive modificazioni ed integrazioni, la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica, ancorché non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.*

**ALLEGATO “ A “**

Dott.        Cognome..... Nome.....

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 per mese ragguagliato a 96 ore mensili di attività) \*

A N N O .....

Azienda Sanitaria Locale.....

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.....

\* per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare una o più volte l'allegato " A " .

A N N O .....

Azienda Sanitaria Locale.....

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.....