

- 3) di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale presso l'Università di _____ nella sessione _____ dell'anno _____;
- 4) di aver ottenuto la prima iscrizione all'Ordine dei medici di _____ dal ___/___/___ al ___/___/___;
- 5) di essere stato successivamente iscritto all'Ordine dei medici di:
- a) _____ dal ___/___/___ al ___/___/___;
- b) _____ dal ___/___/___ al ___/___/___;
- c) _____ dal ___/___/___ al ___/___/___;
- 6) di aver conseguito il diploma di specializzazione o libera docenza:
- 6a) in _____ presso l'Università di _____ in data ___/___/___ voto _____; se la specializzazione è stata conseguita ai sensi del D.L.vo n. 257/91 e del D.L.vo n. 368/99 come modificato dal D.L.vo n. 277/2003, dichiara anche il periodo di frequenza: dal giorno ___/___/___ al giorno ___/___/___;
- 6b) in _____ presso l'Università di _____ in data ___/___/___ voto _____; se la specializzazione è stata conseguita ai sensi del D.L.vo n. 257/91 e del D.L.vo n. 368/99 come modificato dal D.L.vo n. 277/2003, dichiara anche il periodo di frequenza: dal giorno ___/___/___ al giorno ___/___/___;
- 6c) in _____ presso l'Università di _____ in data ___/___/___ voto _____; se la specializzazione è stata conseguita ai sensi del D.L.vo n. 257/91 e del D.L.vo n. 368/99 come modificato dal D.L.vo n. 277/2003, dichiara anche il periodo di frequenza: dal giorno ___/___/___ al giorno ___/___/___;
- 7) di aver svolto il tirocinio abilitante ai sensi della L. n. 148/75 per il periodo: dal ___/___/___ al ___/___/___; dal ___/___/___ al ___/___/___;
- 8) di essere in possesso del titolo di animatore di formazione riconosciuto dalle Regioni o rilasciato da soggetti accreditati dal Ministero della Salute o dalla Regione _____ conseguito il ___/___/___;
- 9) di aver svolto il servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile , dopo il conseguimento del diploma di laurea in Medicina: dal ___/___/___ al ___/___/___ c/o _____

Dichiara che l'ultima domanda presentata è relativa alla graduatoria valida per l'anno _____.

Alla presente domanda allega inoltre i seguenti documenti relativi a titoli di servizio valutabili ai fini della graduatoria predetta, **maturati al 31/12/2010** e specificati nel <Riepilogo titoli> (si veda nelle Avvertenze Generali: "Modalità di documentazione dei titoli di servizio"):

- n. _____ dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà**
n. _____ certificati in bollo.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata: alla propria residenza
 al domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____
prov.(_____) indirizzo _____ n. _____ CAP _____
Tel. _____/_____.

_____ data

_____ Firma per esteso e leggibile

AVVERTENZE GENERALI

REQUISITI PER L'ACCESSO ALLA GRADUATORIA:

- 1) iscrizione Albo Professionale;
- 2) essere in possesso del diploma di specializzazione in Pediatria o discipline equipollenti come di seguito elencate:
 - Pediatria
 - Clinica pediatrica
 - Pediatria e puericultura
 - Puericultura
 - Pediatria preventiva e sociale
 - Neonatologia
 - Pediatria preventiva e puericultura
 - Pediatria sociale e puericultura
 - Puericultura e dietetica infantile
 - Puericultura ed igiene infantile
 - Puericultura, dietetica infantile e assistenza sociale dell'infanzia.

Ai fini dell'inclusione nella graduatoria regionale, valida per l'anno **2012**, i medici dovranno presentare entro il termine perentorio del 31/01/2011, domanda debitamente compilata e sottoscritta come da schema allegato e **in regola con le vigenti norme sull'imposta di bollo**.

La domanda, indirizzata a **AZIENDA U.L.S.S. N. 20 - Servizio Convenzioni - Via Valverde, 42 - 37122 - VERONA**, può essere consegnata a mano o inviata a mezzo raccomandata A/R, entro la stessa data. Farà fede, in quest'ultimo caso, la data del timbro postale.

COSTITUISCONO MOTIVI DI ESCLUSIONE DALLA GRADUATORIA:

- 1) L'ESSERE CONVENZIONATO a tempo indeterminato per la Pediatria di libera scelta al **31/01/2011**;
- 2) LA MANCANZA DELLA FIRMA NELLA DOMANDA;
- 3) L'OMESSA DICHIARAZIONE DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE DEI MEDICI (si ricorda che l'iscrizione all'Ordine dei Medici può essere attestata o allegando il certificato dell'Ordine in regola con le vigenti norme di bollo **oppure** semplicemente compilando il punto 3) dell'Autocertificazione che fa parte integrante della domanda di iscrizione alla graduatoria unica regionale);
- 4) LA MANCATA TRASMISSIONE DELLA DOMANDA ENTRO IL PREDETTO TERMINE PERENTORIO DEL **31/01/2011**.

MODALITA' DI DOCUMENTAZIONE DEI TITOLI DI SERVIZIO

I titoli di servizio svolto possono essere presentati:

- 1) in originale, in regola con le vigenti norme sull'imposta di bollo;
- 2) **oppure**, ai sensi degli artt. 19 , 19-bis e 47 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000 recante il "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" come modificato dalla L. 16/01/2003, n. 3, **in semplice fotocopia che dev'essere autenticata dall'interessato**, in carta semplice, compilando l'allegato "**Modulo B**" - vedi Nota (1) in calce al Modulo stesso.
- 3) o, ai sensi dell'art. 47 della L. 445/2000, con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (**allegato Modulo C**), in carta semplice, dalla quale risultino:
 - a. i propri dati anagrafici;
 - b. la seguente **formula**:

“il sottoscritto (dati anagrafici) sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste, in caso di dichiarazioni non veritiere, dall’art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 recante il <Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa> dichiara di essere in possesso dei titoli di servizio di seguito elencati”;

- c. l’esatto **indirizzo** dell’Ente presso il quale si è svolto il servizio, come segue: nome dell’Ente, via, numero civico, C.A.P., Città (prov.), numero telefonico, numero di fax;
- d. **tutti** gli elementi necessari per la corretta valutazione delle attività (come specificati, al punto successivo delle Avvertenze);
- e. la **firma**: non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto. Nel caso in cui la domanda di iscrizione alla graduatoria regionale venga spedita a mezzo raccomandata A/R, alla presente dichiarazione dovrà essere allegata copia fotostatica del documento di identità del medico interessato. La mancanza di sottoscrizione comporta la nullità della dichiarazione sostitutiva.

Se i titoli di servizio vengono documentati con dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà, la stessa dovrà essere completa e leggibile per consentirne la corretta valutazione e i necessari controlli di veridicità (art. 71 L. 445/2000). Qualora dal controllo emerga la non veridicità di quanto dichiarato e prodotto, l’interessato decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera oltre a soggiacere alle sanzioni penali previste in ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci.

ELEMENTI NECESSARI PER L’ATTRIBUZIONE DEL PUNTEGGIO

Ai fini di una corretta valutazione del punteggio si ribadisce, inoltre, quanto segue:

- a) l’attività di Medicina dei Servizi a tempo indeterminato, nonché l’attività di Continuità Assistenziale e di Emergenza Sanitaria Territoriale a tempo indeterminato e a tempo determinato, devono essere documentate indicando per ogni mese di attività le **effettive ore svolte**;
- b) l’attività di medico specialista pediatra di libera scelta deve essere documentata indicando specificatamente l’Accordo Collettivo Nazionale di riferimento.
- c) astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio durante il periodo di incarico a tempo indeterminato nell’Area di Pediatria potrà essere documentata, indicando la data di inizio e di fine, con dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà secondo l’art. 47 del D.P.R. n. 445/2000.

I documenti allegati alla domanda degli anni precedenti sono acquisiti agli atti, purché ne venga fatto espresso riferimento, barrando la colonna “B” del “Riepilogo titoli ed attività svolte”.

La documentazione comprovante i titoli dovrà essere tale da consentirne la valutazione; non si terrà conto di quella dalla quale non sia possibile dedurre i dati di valutazione o di quella mancante rispetto a quanto dichiarato dal medico nella domanda.

Per informazioni telefonare al numero 045/807.5755

Sito Internet => www.ulss20.verona.it

seguendo il percorso Area Amministrativa/Attività Convenzionata

=====

NOTA BENE

Principi applicabili a tutti i trattamenti effettuati da soggetti pubblici – art. 18, D.L.vo n. 196 del 30/06/2003: i dati personali che l’Amministrazione acquisisce verranno trattati esclusivamente per lo svolgimento degli adempimenti istituzionali previsti dagli articoli. 15 e 16 del nuovo A.C.N. per la Pediatria di libera scelta.

=====

(NON VALIDO AI FINI DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA)

RIEPILOGO TITOLI ED ATTIVITA' SVOLTA

A (1)	B (2)	(Da riempire a cura del medico)
		<p>1. <u>Specializzazioni</u> in pediatria o discipline <u>equipollenti</u> ai sensi del D.M. 30/01/1998 e successive integrazioni. (4,00 punti) specializzazione in _____ frequenza dal _____ al _____ specializzazione in _____ frequenza dal _____ al _____</p> <p>2. <u>Libere docenze</u> in pediatria o discipline <u>equipollenti</u> ai sensi del D.M. 30/01/1998 e successive integrazioni. (2,00 punti) libera docenza in _____ dal _____ al _____ libera docenza in _____ dal _____ al _____</p> <p>3. <u>Specializzazioni</u> in discipline <u>affini</u> alla pediatria ai sensi del D.M. 31/01/1998 e successive integrazioni. (2,00 punti) specializzazione in _____ frequenza dal _____ al _____ specializzazione in _____ frequenza dal _____ al _____</p> <p>4. <u>Libere docenze</u> in discipline <u>affini</u> alla pediatria ai sensi del D.M. 30/01/1998 e successive integrazioni. (1,00 punti) libera docenza in _____ dal _____ al _____ libera docenza in _____ dal _____ al _____</p> <p>5. <u>Specializzazioni o libere docenze</u> in discipline <u>diverse</u> da quelle previste ai punti 2) e 3). (0,20 punti) specializzazione in _____ frequenza dal _____ al _____ specializzazione in _____ frequenza dal _____ al _____</p> <p>6. <u>Tirocinio abilitante</u> ai sensi della L. 148/75. (0,30 punti) Dal _____ al _____</p>

A (1)	B (2)	(Da riempire a cura del medico)
		<p>7. <u>Titolo di animatore di formazione</u> riconosciuto dalle Regioni o rilasciato da soggetti accreditati dal Ministero della Salute o dalla Regione. (0,30 punti)</p> <p>Riconosciuto dalla Regione _____, conseguito il _____ presso _____</p> <p>8. Attività di <u>specialista pediatra di libera scelta</u> convenzionato ai sensi dell'art. 48 Legge n. 833/78 e dell'art. 8 co. 1 D.L.vo 502/92 e successive modificazioni compreso quella svolta in qualità di associato o di sostituto (anche per attività sindacale). [0,60 punti (*) per ciascun mese di attività – per attività sindacale il mese ragguagliato a 96h]</p> <p>Dal _____ al _____</p> <p>Dal _____ al _____</p> <p>Dal _____ al _____</p> <p><i>(*) Norma Transitoria n. 8 dell'ACN PLS 29/07/09: "Nelle more della definizione di nuovi criteri per la formazione della graduatoria tra i quali prevedere l'istituzione di un tirocinio specifico di pediatria di famiglia da inserire nell'accordo del secondo biennio economico, il punteggio di 0,20 punti al mese, previsto dalla lettera a), titoli di servizio, dell'art. 16 del presente Accordo è elevato a punti 0,60 al mese".</i></p> <p>9. Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato nella <u>medicina dei servizi</u> o svolto, anche a titolo di sostituzione, nei servizi di <u>guardia medica</u> e di <u>continuità assistenziale</u> e <u>nell'emergenza sanitaria territoriale</u>, in forma attiva. (0,10 per ogni mese, ragguagliato a 96 ore di attività)</p> <p>A.S.L. n. ____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>A.S.L. n. ____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>A.S.L. n. ____ dal _____ al _____ ore _____</p> <p>10. Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, o svolto a titolo di sostituzione, nell'<u>assistenza primaria</u> (0,10 punti per mese di attività)</p> <p>Dal _____ al _____</p> <p>Dal _____ al _____</p> <p>Dal _____ al _____</p> <p>Dal _____ al _____</p> <p>11. Attività medica nei servizi di <u>assistenza stagionale</u> nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende U.S.L. (0,10 punti per mese di attività)</p> <p>Dal _____ al _____</p> <p>Dal _____ al _____</p> <p>Dal _____ al _____</p> <p>Dal _____ al _____</p> <p>12. <u>Servizio militare di leva o sostitutivo</u> nel servizio civile, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina. (0,05 punti per ciascun mese)</p> <p>Dal _____ al _____</p> <p>Dal _____ al _____</p>

A (1)	B (2)	(Da riempire a cura del medico)
		<p>13. <u>Attività di specialista pediatra svolta</u> all'estero ai sensi della L. 9/02/79, n. 38, della L. 10/07/60, n. 735 e successive modificazioni, e del D.M. 1.09.88, n. 430. (0,10 punti per ciascun mese di attività)</p> <p>Dal _____ al _____</p> <p>Dal _____ al _____</p> <p>Dal _____ al _____</p> <p>Dal _____ al _____</p> <p>14. <u>Attività di pediatra</u> svolta a qualsiasi titolo presso strutture sanitarie pubbliche non espressamente contemplate nei punti che precedono. (0,05 punti per mese di attività)</p> <p>Dal _____ al _____</p> <p>Dal _____ al _____</p> <p>Dal _____ al _____</p> <p>Dal _____ al _____</p>

		<p><u>Decreto Legislativo n. 151/2001 art. 22) commi 3 e 5: "Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell'art. 15) della Legge n. 53/2000".</u></p> <p>Astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio durante il periodo di incarico a tempo indeterminato <u>nell'Area della pediatria di libera scelta</u> (fino a un massimo di mesi cinque per ogni evento).</p> <p>Dal _____ al _____</p> <p>Dal _____ al _____</p>
--	--	--

=====

- 1) Barrare la colonna "A" in corrispondenza dei titoli che sono stati allegati alla presente domanda.
- 2) Barrare la colonna "B" in corrispondenza dei titoli che sono stati presentati in occasione di precedenti domande e sono acquisiti agli atti e siano tali da poterne consentire la valutazione.

=====

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
(artt. 19 e 47 – D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a Dott. _____,
nato a _____, il ___/___/____,
in riferimento alla domanda di iscrizione alla graduatoria unica regionale per i medici specialisti
pediatri di libera scelta dell'anno **2012**,

D I C H I A R A

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste, in caso di
dichiarazioni non veritiere, dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 recante il "Testo
unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione
amministrativa", **che le ALLEGATE FOTOCOPIE DEI CERTIFICATI dei titoli di servizio
svolto, sotto elencati, sono conformi agli originali in proprio possesso** (vedi
<Avvertenze generali – "Modalità di documentazione dei titoli di servizio punto 2">):

- 1) Fotocopia del certificato Prot. n. _____ del _____
- 2) Fotocopia del certificato Prot. n. _____ del _____
- 3) Fotocopia del certificato Prot. n. _____ del _____
- 4) Fotocopia del certificato Prot. n. _____ del _____
- 5) Fotocopia del certificato Prot. n. _____ del _____
- 6) Fotocopia del certificato Prot. n. _____ del _____
- 7) Fotocopia del certificato Prot. n. _____ del _____
- 8) Fotocopia del certificato Prot. n. _____ del _____
- 9) Fotocopia del certificato Prot. n. _____ del _____
- 10) Fotocopia del certificato Prot. n. _____ del _____
- 11) Fotocopia del certificato Prot. n. _____ del _____
- 12) Fotocopia del certificato Prot. n. _____ del _____
- 13) Fotocopia del certificato Prot. n. _____ del _____
- 14) Fotocopia del certificato Prot. n. _____ del _____

Data _____

Firma per esteso e leggibile(1)

NOTA (1):

- La **firma** non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto.
- Nel caso in cui la domanda di iscrizione alla graduatoria regionale venga spedita a mezzo raccomandata A.R. alla presente dichiarazione **dovrà essere allegata copia fotostatica del documento di identità del medico interessato.**
- La mancanza di sottoscrizione comporta la nullità della dichiarazione sostitutiva.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
(artt. 19 e 47 – D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il/la sottoscritto/a Dott. _____,
nato a _____, il ___/___/_____, in
riferimento alla domanda di iscrizione alla graduatoria unica regionale per i medici specialisti pediatri di
libera scelta dell'anno **2012**,

D I C H I A R A

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste, in caso di dichiarazioni non
veritiere, dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 recante il "Testo unico delle disposizioni
legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa", **DI AVER SVOLTO** (vedi
<Avvertenze generali - "Modalità di documentazione dei titoli di servizio" e "Elementi necessari per
l'attribuzione del punteggio">):

1) presso l'Ente _____
Via/Piazza _____ n _____ C.A.P. _____
Città _____ Prov. _____ Telefono _____
Fax _____ **la seguente attività** (specificare che tipo):

2) presso l'Ente _____
Via/Piazza _____ n _____ C.A.P. _____
Città _____ Prov. _____ Telefono _____
Fax _____ **la seguente attività** (specificare che tipo):

3) presso l'Ente _____
Via/Piazza _____ n _____ C.A.P. _____
Città _____ Prov. _____ Telefono _____
Fax _____ **la seguente attività** (specificare che tipo):

4) presso l'Ente _____
 Via/Piazza _____ n _____ C.A.P. _____
 Città _____ Prov. _____ Telefono _____
 Fax _____ **la seguente attività** (specificare che tipo):

5) presso l'Ente _____
 Via/Piazza _____ n _____ C.A.P. _____
 Città _____ Prov. _____ Telefono _____
 Fax _____ **la seguente attività** (specificare che tipo):

6) presso l'Ente _____
 Via/Piazza _____ n _____ C.A.P. _____
 Città _____ Prov. _____ Telefono _____
 Fax _____ **la seguente attività** (specificare che tipo):

Data _____

Firma per esteso e leggibile(1)

NOTA (1):

- La **firma** non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto.
- Nel caso in cui la domanda di iscrizione alla graduatoria regionale venga spedita a mezzo raccomandata A.R. alla presente dichiarazione **dovrà essere allegata copia fotostatica del documento di identità del medico interessato.**
- La mancanza di sottoscrizione comporta la nullità della dichiarazione sostitutiva.