

- 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 31/12/2008** 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 **2010**, i medici dovranno presentare entro il termine perentorio del 31/01/2009, 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 31/01/2006;
- 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 **31/01/2009**.

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 DP.R.. 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 045/807.5884

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.

=====

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 **2010**,

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 **2010**

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.

(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). (0,20 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>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, <u>nell'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.

=====