

4. aver ottenuto la prima iscrizione all'Ordine dei medici di _____ dal ___/___/___ al ___/___/___;
5. essere stato successivamente iscritto all'Ordine dei medici di:
- a) _____ dal ___/___/___ al ___/___/___;
- b) _____ dal ___/___/___ al ___/___/___;
6. essere in possesso del diploma di specializzazione in pediatria disciplina equipollente a pediatria (specificare) _____ presso l'Università degli Studi di _____ in data ___/___/___ con 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. 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 _____;
8. non avere avere subito provvedimenti di revoca o decadenza del rapporto convenzionale di medico pediatra di libera scelta ai sensi degli art. 30, c. 7, lett. c) e art. 19, cc. 2 e 4 - ACN Pediatria di Libera (in caso affermativo specificare la data di irrogazione effettiva della sanzione o la data di decadenza del rapporto convenzionale ___/___/___ e l'ASL che ha adottato il provvedimento _____);

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

Alla presente domanda allega inoltre i seguenti documenti relativi ai titoli accademici, di studio e di servizio valutabili ai fini della graduatoria predetta, **maturati al 31/12/2014** (vedi Avvertenze Generali - "Modalità di documentazione dei titoli accademici, di studio e di servizio"):

- n. ___ **dichiarazione sostitutiva di certificazione (allegato A);**
- n. ___ **dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (allegato B);**
- n. ___ **dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (allegato C);**
- n. ___ **certificazioni in originale rilasciate da Soggetti/Enti Privati o Esteri;**
- n. **1 copia fotostatica di valido documento di identità.**

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 (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 mancata sottoscrizione della domanda è motivo di esclusione dalla graduatoria.

AVVERTENZE GENERALI

REQUISITI PER L'ACCESSO ALLA GRADUATORIA:

- 1) iscrizione all'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 2016, i medici dovranno presentare entro il termine perentorio del **31/01/2015**, domanda debitamente compilata e sottoscritta come da schema allegato e **in regola con le vigenti norme sull'imposta di bollo.**

La domanda, indirizzata all'AZIENDA U.L.S.S. N. 20 - SERVIZIO PROFESSIONISTI IN CONVENZIONE - 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. Si rammenta che, ai fini dell'inserimento nella graduatoria, la domanda deve essere presentata annualmente.

COSTITUISCONO MOTIVI DI ESCLUSIONE DALLA GRADUATORIA:

- 1) L'ESSERE CONVENZIONATO a tempo indeterminato per la Pediatria di libera scelta al **31/01/2015**;
- 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 viene attestata dall'interessato compilando i punti 4 e 5 dell'Autocertificazione - che fa parte integrante della domanda di iscrizione alla graduatoria unica regionale - e che la stessa ha validità di 6 mesi);
- 4) LA MANCATA TRASMISSIONE DELLA DOMANDA ENTRO IL PREDETTO TERMINE PERENTORIO DEL **31/01/2015**. (PER LA VERIFICA DELLA PERMANENZA DELL'ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE - ex art. 15, c. 5, dell'A.C.N. - **TUTTI I PEDIATRI INTERESSATI SONO TENUTI A PRESENTARE LA DOMANDA ENTRO IL PREDETTO TERMINE, ANCHE QUELLI GIÀ INSERITI NELLA GRADUATORIA UNICA REGIONALE DEL VENETO DELL'ANNO PRECEDENTE.**)

MODALITA' DI DOCUMENTAZIONE DEI TITOLI ACCADEMICI, DI STUDIO E DI SERVIZIO

Ai sensi delle modifiche al D.P.R. 445/2000 introdotte dall'art. 15 della L. 183/2011, a decorrere dal 01.01.2012 le Amministrazioni Pubbliche non possono accettare certificazioni rilasciate da Amministrazioni Pubbliche o gestori di pubblici servizi, pena la mancata valutazione dei titoli oggetto della certificazione. Pertanto, **per essere oggetto di valutazione, i titoli conseguiti presso una Amministrazione Pubblica o un gestore di Pubblico Servizio, devono essere obbligatoriamente autocertificati ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, con indicazione di tutti gli elementi per una corretta valutazione dei titoli stessi** (vedi Allegati A e B).

I titoli conseguiti presso soggetti privati o esteri possono invece essere allegati alla domanda di partecipazione in originale o in copia legale o autenticata ai sensi di legge, ovvero anche in fotocopia, munita di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, sottoscritta dal candidato, attestante che la copia allegata è conforme all'originale, ai sensi dell'articolo 19 del DPR 445/2000 (vedi Allegato C). Nel caso in cui il candidato non possa produrre gli originali o le fotocopie dei suddetti titoli con le modalità sopra descritte, può dichiararne il possesso attraverso apposita dichiarazione sostitutiva (vedi Allegati A e B).

I **titoli accademici e di studio** posseduti e i **titoli di servizio** svolto vengono documentati dall'interessato mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione (**Allegato A**), ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., e mediante dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (**Allegato B**), ai sensi dell'art. 47 del medesimo D.P.R. n. 445/2000, in carta semplice, dalla quale risultino:

- a. i propri dati anagrafici;
- b. la seguente **formula**:
dichiarazione sostitutiva di certificazione: "il sottoscritto (dati anagrafici) sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e s.m.i, dichiara di essere in possesso dei titoli accademici e di studio di seguito indicati";
dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà: "il sottoscritto (dati anagrafici) sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e s.m.i, dichiara di essere in possesso dei titoli di servizio di seguito indicati";
- c. l'**esatto indirizzo** dell'Università/Ente presso il quale si è conseguito il titolo o si è svolto il servizio, come segue: nome dell'Università/Ente, via, numero civico, C.A.P., Città (prov.), numero telefonico e numero di fax;
- d. **tutti** gli elementi necessari per la corretta valutazione del titolo;
- 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.

La dichiarazione sostitutiva di certificazione e la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dovranno essere complete e leggibili 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 autocertificati/allegati alla domanda degli anni precedenti sono acquisiti agli atti, purché ne venga fatto espresso riferimento, barrando la colonna "B" delle rispettive "Dichiarazioni sostitutive".

La dichiarazione sostitutiva di certificazione e la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà comprovanti i titoli posseduti dovranno essere tali da consentirne la valutazione; non si terrà conto di quella dalla quale non sia possibile dedurre precisamente i dati di valutazione o di quella mancante rispetto a quanto dichiarato dal medico nella domanda.

Per informazioni telefonare al numero 045/807.58.73

Sito Internet => www.ulss20.verona.it

seguendo il percorso Area Amministrativa/Convenzionata

=====

NOTA BENE

Principi applicabili a tutti i trattamenti effettuati da soggetti pubblici - art. 18, D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003: i dati personali che l'Azienda U.L.S.S. 20 acquisisce verranno trattati esclusivamente per lo svolgimento degli adempimenti istituzionali previsti dagli articoli 15 e 16 dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta - intesa del 15/12/2005 e s.m.i.

=====

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e successive modifiche ed integrazioni)

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa _____,
nato/a a _____, il ___/___/_____,
sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non
veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e s.m.i.,

D I C H I A R A

di essere in possesso dei titoli accademici e di studio di seguito indicati:

[N.B. per inserire ulteriori titoli, fotocopiare la pagina interessata, aggiungendo "/bis", "/ter" ecc. al numero di pag.]

A (1)	B (2)	I – Titoli accademici e di studio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1) <u>Specializzazione</u> in pediatria o discipline <u>equipollenti</u> ai sensi del D.M. 30/01/1998 e successive integrazioni (4,00 punti) specializzazione in _____ presso l'Università degli Studi di _____ indirizzo _____ numero di telefono _____ numero di fax _____ in data ___/___/_____; se la specializzazione è stata conseguita ai sensi del D.Lgs. n. 257/91 e D.Lgs. n. 368/99 come modificato dal D.Lgs. n. 277/2003, dichiara anche il periodo di frequenza dal ___/___/_____ al ___/___/_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2) <u>Libera docenza</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 _____ presso l'Università degli Studi di _____ indirizzo _____ numero di telefono _____ numero di fax _____ in data ___/___/_____; periodo di frequenza dal ___/___/_____ al ___/___/_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3) <u>Specializzazione</u> in disciplina <u>affine</u> alla pediatria ai sensi del D.M. 31/01/1998 e successive integrazioni (2,00 punti) specializzazione in _____ presso l'Università degli Studi di _____ indirizzo _____ numero di telefono _____ numero di fax _____ in data ___/___/_____; se la specializzazione è stata conseguita ai sensi del D.Lgs. n. 257/91 e D.Lgs. n. 368/99 come modificato dal D.Lgs. n. 277/2003, dichiara anche il periodo di frequenza dal ___/___/_____ al ___/___/_____
		4) <u>Libera docenza</u> in disciplina <u>affine</u> alla pediatria ai sensi del D.M. 31/01/1998 e successive integrazioni (1,00 punto)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	libera docenza in _____ presso l'Università degli Studi di _____ indirizzo _____ numero di telefono _____ numero di fax _____ in data ___/___/____; periodo di frequenza dal ___/___/____ al ___/___/____
		5) <u>Specializzazione o libera docenza</u> in discipline <u>diverse</u> da quelle previste ai punti precedenti (0,20 punti)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> special. <input type="checkbox"/> lib. doc. in _____ presso l'Università degli Studi di _____ _____ numero di telefono _____ numero di fax _____ in data ___/___/____; periodo di frequenza dal ___/___/____ al ___/___/____
		6) <u>Tirocinio abilitante</u> svolto ai sensi della L. 148/75. (0,30 punti)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	conseguito in data ___/___/____ presso _____ indirizzo _____ numero di telefono _____ numero di fax _____ periodo di frequenza dal ___/___/____ al ___/___/____
		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)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	riconosciuto dalla Regione _____, conseguito in data ___/___/____ presso _____ indirizzo _____ numero di telefono _____ numero di fax _____

- 1) Barrare la colonna "A" in corrispondenza dei titoli di cui si chiede la valutazione per la prima volta con la presente domanda.
- 2) Barrare la colonna "B" in corrispondenza dei titoli che sono stati autocertificati/presentati e valutati in occasione di precedenti domande e sono acquisiti agli atti e siano tali da poterne consentire la valutazione.

_____ 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

(ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e successive modifiche ed integrazioni)

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa _____,
nato/a a _____, il ___/___/_____,
sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non
veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e s.m.i.,

D I C H I A R A

di essere in possesso dei titoli di servizio di seguito indicati:

[N.B. per inserire ulteriori periodi, fotocopiare la pagina interessata, aggiungendo "/bis", "/ter" ecc. al numero di pag.]

A (1)	B (2)	II - Titoli di servizio
		8) Attività di specialista pediatra di libera scelta 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 è ragguagliato a 96 ore]
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL/medico _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ore ___ medico _____ ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ore ___ medico _____ ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ore ___ medico _____ ASL _____ 1
<p>Attività di sostituzione di cui al punto precedente per attività sindacale:</p>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ore ___ medico _____ ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ore ___ medico _____ ASL _____ 1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ ore ___ medico _____ ASL _____ 1
<p><small>*) 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".</small></p>		
<p>¹ indicare altresì l'esatto indirizzo dell'ASL/medico utilizzando la parte finale del presente Allegato</p>		

		9) 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, in forma attiva. (0,10 per ogni mese, ragguagliato a 96 ore di attività)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anno _____ mese _____ dal ___/___/___ al ___/___/___ ore _____ presso ASL _____	1
		10) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, o svolto a titolo di sostituzione, nella medicina generale - settore assistenza primaria (0,10 punti per mese di attività)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____	1
		11) Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende U.S.L. (0,10 punti per mese di attività)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dal ___/___/___ al ___/___/___ presso ASL _____	1
		¹ indicare altresì l'esatto indirizzo dell'Ente utilizzando la parte finale del presente Allegato	

Recapiti degli Enti/ASL/medici più sopra indicati:

Ente/ASL/medico _____

Via/Piazza _____ n _____ C.A.P. _____

Città _____ Prov. _____ Telefono _____

Fax _____ note _____

Ente/ASL/medico _____

Via/Piazza _____ n _____ C.A.P. _____

Città _____ Prov. _____ Telefono _____

Fax _____ note _____

Ente/ASL/medico _____

Via/Piazza _____ n _____ C.A.P. _____

Città _____ Prov. _____ Telefono _____

Fax _____ note _____

Ente/ASL/medico _____

Via/Piazza _____ n _____ C.A.P. _____

Città _____ Prov. _____ Telefono _____

Fax _____ note _____

Ente/ASL/medico _____

Via/Piazza _____ n _____ C.A.P. _____

Città _____ Prov. _____ Telefono _____

Fax _____ note _____

Ente/ASL/medico _____

Via/Piazza _____ n _____ C.A.P. _____

Città _____ Prov. _____ Telefono _____

Fax _____ note _____

Ente/ASL/medico _____

Via/Piazza _____ n _____ C.A.P. _____

Città _____ Prov. _____ Telefono _____

Fax _____ note _____

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

(ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e successive modifiche ed integrazioni)

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa _____,
nato a _____, il ___/___/_____,
in riferimento alla domanda di iscrizione alla graduatoria regionale del Veneto per la Pediatria
di libera scelta dell'anno **2016**,

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 DELLE CERTIFICAZIONI RILASCIATE DA SOGGETTI/ENTI PRIVATI O ESTERI dei titoli di servizio svolto, sotto elencate, sono conformi agli originali in proprio possesso:**

- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____
- Fotocopia del certificato Ente _____ data _____ prot./rif. _____

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.