

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA GRADUATORIA REGIONALE**  
**DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA VALIDA PER IL PERIODO**  
**GENNAIO 200\_\_ DICEMBRE 200\_\_**

RACCOMANDATA A. R.

**ALL' ASSESSORATO ALLE POLITICHE DELLA SALUTE**  
**REGIONE PUGLIA**  
**Ufficio graduatoria di medicina pediatrica**  
**Via Caduti di tutte le guerre, n.7**  
**70126 - BARI -**

BOLLO

Il sottoscritto Dottor \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ comune di residenza \_\_\_\_\_

prov. \_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

**C H I E D E**

di essere inserito nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta valida per l'anno 200 \_\_\_\_

**A C C L U D E**

N. \_\_\_\_\_ dichiarazioni sostitutive di certificazione ( autocertificazione )

N. \_\_\_\_\_ dichiarazioni sostitutive di atto notorio

N. \_\_\_\_\_ certificati

**Chiede che ogni comunicazione sia indirizzata presso il domicilio sotto indicato:**

Dott. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(obbligatoria e per esteso)

Formazione della graduatoria regionale di pediatria di libera scelta valida per il periodo  
Gennaio 200\_\_ Dicembre 200\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
- AUTOCERTIFICAZIONE -

Esente da imposta di bollo

Il sottoscritto Dott. Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

ai sensi e agli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 recante disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa. Il medico che si avvale della presente dichiarazione ha l'obbligo di allegare alla domanda copia del documento di riconoscimento.

**D I C H I A R A**

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 degli  
Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_/110 \_\_

4 Di essere in possesso della specializzazione o libera docenza in pediatria

5 Specializzazione o libera docenza in \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_

Specializzazione o libera docenza in \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_

6 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 \_\_\_\_\_

7 Di essere in possesso del tirocinio abilitante svolto ai sensi della Legge n. 148 del 18 aprile 1975  
conseguito il \_\_/\_\_/\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

8 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.\***

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
(non soggetta ad autenticazione)



\* Inserire il nome del medico sostituito

- 3 -

Formazione della graduatoria regionale di pediatria di libera scelta valida per il periodo  
gennaio 200\_\_ dicembre 200\_\_

4 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 di emergenza sanitaria territoriale in forma attiva (punti 0,10 per mese ragguagliato a 96 ore di attività)

\*\*\*\*\* Per detta attività vedi allegato A per la compilazione \*\*\*\*\*

5 Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche, organizzate dalle Regioni o dalle AA.SS.LL. (punti 0,10 per mese di attività)

dal \_\_/\_\_/\_\_\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Regione o AUSL \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
dal \_\_/\_\_/\_\_\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Regione o AUSL \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
dal \_\_/\_\_/\_\_\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Regione o AUSL \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
dal \_\_/\_\_/\_\_\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Regione o AUSL \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
dal \_\_/\_\_/\_\_\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Regione o AUSL \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
dal \_\_/\_\_/\_\_\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Regione o AUSL \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

6 attività di specialista in pediatria svolta all'estero ai sensi della Legge n. 38/79, della Legge n.735/60 e successive modificazioni e del Decreto Ministeriale 1 settembre 1988 n. 430 (punti 0,10 per mese di attività)

dal \_\_/\_\_/\_\_\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
dal \_\_/\_\_/\_\_\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
dal \_\_/\_\_/\_\_\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_

DICHIARA CHE LE NOTIZIE SOPRA RIPORTATE CORRISPONDONO AL VERO (1)

Luogo data \_\_\_\_\_ (2) Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

1. Ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/00, le dichiarazioni mendaci e 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 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 recante disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa. Il medico che si avvale della presente dichiarazione sostitutiva di notorietà ha l'obbligo di allegare alla domanda copia del documento di riconoscimento in carta semplice..

Formazione della graduatoria di pediatria di libera scelta valida per il periodo gennaio 200\_\_ dicembre 200\_\_

Allegato " A

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

Esente da imposta di bollo

Il sottoscritto Dottor \_\_\_\_\_  
( cognome e nome )

nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ cod. fis. \_\_\_\_\_

ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del DPR 445/00 recante disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa. Il medico che si avvale della presente dichiarazione ha l'obbligo di allegare alla domanda copia del documento di riconoscimento.

**D I C H I A R A**

Di aver svolto il 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 nella emergenza sanitaria territoriale in forma attiva . \* ( punti 0,10 per mese ragguagliato a 96 ore di attività)

A N N O \_\_\_\_\_

GENNAIO - dal \_\_/\_\_/\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_ ore \_\_\_\_ AUSL \_\_\_\_\_

FEBBRAIO - dal \_\_/\_\_/\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_ ore \_\_\_\_ AUSL \_\_\_\_\_

MARZO - dal \_\_/\_\_/\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_ ore \_\_\_\_ AUSL \_\_\_\_\_

APRILE - dal \_\_/\_\_/\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_ ore \_\_\_\_ AUSL \_\_\_\_\_

MAGGIO - dal \_\_/\_\_/\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_ ore \_\_\_\_ AUSL \_\_\_\_\_

GIUGNO - dal \_\_/\_\_/\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_ ore \_\_\_\_ AUSL \_\_\_\_\_

LUGLIO - dal \_\_/\_\_/\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_ ore \_\_\_\_ AUSL \_\_\_\_\_

AGOSTO - dal \_\_/\_\_/\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_ ore \_\_\_\_ AUSL \_\_\_\_\_

SETTEMBRE - dal \_\_/\_\_/\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_ ore \_\_\_\_ AUSL \_\_\_\_\_

OTTOBRE - dal \_\_/\_\_/\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_ ore \_\_\_\_ AUSL \_\_\_\_\_

NOVEMBRE - dal \_\_/\_\_/\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_ ore \_\_\_\_ AUSL \_\_\_\_\_

DICEMBRE - dal \_\_/\_\_/\_\_ al \_\_/\_\_/\_\_ ore \_\_\_\_ AUSL \_\_\_\_\_

**DICHIARA CHE LE NOTIZIE SOPRA RIPORTATE CORRISPONDONO AL VERO (1)**

Data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

- Per inserire ulteriori periodi di attività, il medico può fotocopiare una o più volte il presente allegato.

### **AVVERTENZE GENERALI**

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 i seguenti requisiti:

- a) ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE**
- b) 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 con ricevuta di ritorno entro e non oltre il 31 gennaio all'Assessorato alla Sanità della Regione a cui si chiede l'inserimento in graduatoria.

Ai fini della graduatoria sono valutati solo i titoli posseduti alla data del 31 dicembre.

I medici, al fine di consentire un più rapido controllo sulla veridicità di quanto dichiarato nell'atto notorio, devono allegare copia fotostatica, anche non autenticata, dei certificati di servizio di cui sia già in possesso.

Il medico pediatra, che sia già inserito nella graduatoria valevole del periodo precedente, deve presentare, oltre la domanda, soltanto l'autocertificazione o il certificato attestante l'iscrizione all'Aldo dei Medici e il possesso della specializzazione, in pediatria o discipline equipollenti.

Il medico pediatra, già inserito nella graduatoria valevole per il periodo precedente, deve dichiarare o certificare il possesso dei titoli di servizio acquisiti nel corso dell'anno nonché gli eventuali titoli di servizio non presentati e non valutati nella precedente graduatoria.

Ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/00, le dichiarazioni mendaci e falsità negli atti, sono puniti dal codice penale. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del DPR 445/00 recante disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa. Il medico che si avvale della presente dichiarazione ha l'obbligo di allegare alla domanda copia del documento di riconoscimento.

Chi non ha presentato domanda per le ultime due graduatorie deve presentare o dichiarare tutta la documentazione

**Informativa resa all'interessato per il trattamento di dati personali**

**Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196 e in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo di quanto segue:**

- 1) il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento da parte di questa Amministrazione della formazione della graduatoria regionale;**
- 2) il trattamento viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici;**
- 3) il Conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, in caso di rifiuto, Ella non potrà essere inserito in detta graduatoria;**
- 4) i dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia;**
- 5) l'art. 7 del citato D.Lgs. Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare 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;**
- 6) titolare del trattamento dei dati è la regione Puglia, responsabile è il Coordinatore di Settore dell'Assessorato alle politiche della Salute.**



