



Regione Siciliana

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA GRADUATORIA REGIONALE DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA VALIDA PER L'ANNO 2011

Esente da
imposta di bollo

All'Assessorato Regionale Sanità
Dipartimento Pianificazione Strategica
Servizio 2° - Personale convenzionato S.S.R.
Piazza O. Ziino n° 24
90145 Palermo

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ prov. _____ il _____

Codice Fiscale _____ comune di residenza _____

prov. _____ indirizzo _____ n° _____

C.A.P. _____ tel. n° _____

Inserito nella Graduatoria valida per l'anno 2010
(barrare la casella che interessa)

Si

No

CHIEDE

di essere inserito nella Graduatoria Regionale di Pediatria di libera scelta valida per l'anno 2011

ACCLUDE

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

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

N°.....certificati

Copia fotostatica di un documento di identità

Data.....

Firma.....

Formazione della graduatoria regionale di Pediatria di libera scelta valida per l'anno 2011

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
- AUTOCERTIFICAZIONE -**

**Esente da
imposta di bollo**

Il sottoscritto Dott. Cognome..... Nome.....
C. F.....

ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D. P. R. 445 del 28/12/2000 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

DICHIARA

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 di.....in data.....con voto.....
4. Di essere in possesso della specializzazione o libera docenza in:

Specializzazione/libera docenza in.....conseguita il.....
presso.....con voto.....
corso svolto dal.....al.....

Specializzazione/libera docenza in.....conseguita il.....
presso.....con voto.....
corso svolto dal.....al.....
5. Di aver svolto il servizio militare di leva o sostituto nel servizio civile dopo il conseguimento
del diploma di laurea in medicina dal.....al.....
presso.....
6. Di essere in possesso del tirocinio abilitante svolto ai sensi della Legge n°148 del 18/04/1975
conseguito il.....presso.....

7. Di essere in possesso del titolo di animatore di formazione riconosciuto dalla Regione o rilasciato da soggetti accreditati dal Ministero della Salute o dalla Regione conseguito ilpresso.....
8. Di essere/non essere titolare di incarico di medico specialista pediatra di libera scelta presso l'Azienda Sanitaria Territoriale n°.....di.....nell'ambito territoriale di..... della Regione.....dal.....
9. Di essere/non essere iscritto al corso di formazione specifica in Medicina Generale di cui al D.L.vo 277/03 presso la Regione.....dal.....
10. Di essere/non essere iscritto a corsi di Specializzazione di cui al D.L.vo 257/91 e corrispondenti norme del D.L.vo 368/99 presso l'Università di..... dal.....

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

Data.....

Firma del dichiarante.....
(non soggetta ad autenticazione)

(1) ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del D. P. R. 445/00 “ chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia ”.

Formazione della graduatoria regionale di Pediatria di libera scelta valida per l'anno 2011

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' - ATTO NOTORIO -

**Esente da
imposta di bollo**

Il sottoscritto Dott. Cognome..... Nome.....
C. F.....

ai sensi e agli effetti dell'art. 47 del D. P. R. 445 del 28/12/2000 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

DICHIARA

DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI TITOLI DI SERVIZIO

1. 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 D. lgs 502/92 e successive modificazioni, compreso quella svolta in qualità di associato o sostituto (0.20 punti per ciascun mese complessivo);
A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....
A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....
A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....
2. Attività di sostituzione per attività sindacale (0.20 punti per mese di attività ragguagliato a 96 ore);
dal.....al.....ore.....medico*.....A.S.P.....
dal.....al.....ore.....medico*.....A.S.P.....
dal.....al.....ore.....medico*.....A.S.P.....

* inserire il nome del medico sostituito

3. 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 punti per mese ragguagliato a 96 ore di attività);

- vedi allegato " A " per la compilazione -

4. Attività di medico di assistenza primaria, svolto anche in qualità di sostituto (0.10 punti per mese)

- vedi allegato " B " per la compilazione -

5. Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche, organizzate dalle Regioni o dalle AA. SS. PP. (0.10 punti per mese);
 A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....
 A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....
 A.S.P. n°.....Distretto di.....dal.....al.....
6. Attività di specialista pediatra svolta all'estero ai sensi della legge 09/02/1979 n°38, della legge 10/07/1960 n° 735 e successive modificazioni e del D. M. 01/09/1988 n° 430 (0.10 punti per mese di attività);
 dal.....al.....presso.....
 dal.....al.....presso.....
 dal.....al.....presso.....
7. Attività di pediatra svolta a qualsiasi titolo presso strutture sanitarie pubbliche non espressamente contemplate nei punti che precedono (0.05 punti per ciascun mese complessivo);
 dal.....al.....presso.....
 dal.....al.....presso.....
 dal.....al.....presso.....
8. Astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio durante il periodo di incarico a tempo determinato e indeterminato nell'area della pediatria di libera scelta (0.20 punti per mese fino a un massimo di mesi 5 per ogni evento);
 dal.....al.....

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

Data.....

(2) Firma del dichiarante.....
 (non soggetta ad autenticazione)

(1) ai sensi dell'art. 76 comma 1 D. P. R. 445/00 " chiunque rilascia documentazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia ".

(2) ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D. P. R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

ALLEGATO "A"

Dott. Cognome..... Nome.....

C. F.....

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 punti per mese ragguagliato a 96 ore mensili di attività);

Anno A.S.P. n° Distretto di.....

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.....

ALLEGATO "B"

Attività di medico di assistenza primaria, svolto anche in qualità di sostituto (0.10 punti per mese)

Anno A.S.P. n° Distretto di.....

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.....