

**Bollo**  
**€ 16,00**

Alla Direzione centrale salute,  
politiche sociali e disabilità  
riva Nazario Sauro, 8  
**34124 TRIESTE**

**DOMANDA DI INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA REGIONALE PER I MEDICI PEDIATRI DI LIBERA  
SCELTA ANNO 2020**

**PRIMO INSERIMENTO**

**INTEGRAZIONE TITOLI**

Il sottoscritt, secondo quanto previsto dall' art. 15 dell'A.C.N. per la pediatria di libera scelta 15/12/2005 e s.m.i., **chiede** di essere inserito nella graduatoria regionale per la pediatria, valevole per l'anno **2020**.

*(Si raccomanda la lettura delle avvertenze per la compilazione nonché dell'avviso)*

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e successive modificazioni, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, del D.P.R. innanzi citato, **dichiara**:

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ M  F

Residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_/cell \_\_\_\_\_

cod. fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo pec \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Indirizzo presso il quale inviare eventuali comunicazioni:

la propria residenza

il domicilio sotto indicato:

c/o \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Indirizzo pec \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

di essere cittadino italiano

di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE (specificare) \_\_\_\_\_

di essere cittadino del seguente Stato \_\_\_\_\_ ed in possesso di uno dei requisiti di cui all'art.38, commi 1 e 3bis del D.lgs n.165/2001 e s.m.i.

di essere iscritto all'Ordine dei Medici della provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

- di non fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale
- di non fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente (tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni della "quota A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM)
- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta

<b>Titoli accademici e di studio</b>
Diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito il _____ presso l'Università di _____ <i>deve essere indicata la città in cui ha sede l'Università; per le città, come Roma, sedi di più Atenei si dovrà indicare anche il nome dell'Università, ad esempio: Roma Sapienza, Roma Luiss, Roma Tre, Roma Tor Vergata</i>
Specializzazione in pediatria o disciplina equipollente ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i. (punti 4.00 per ciascuna specializzazione) -specializzazione in _____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ la formazione specialistica è stata conseguita ai sensi del D.lgs n. 257/1991 e D.lgs n. 368/1999 come modificato dal D.lgs n. 277/2003 <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no inizio frequenza (indicare gg/mm/aa) _____ fine frequenza (indicare gg/mm/aa) _____
-specializzazione in _____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ la formazione specialistica è stata conseguita ai sensi del D.lgs n. 257/1991 e D.lgs n. 368/1999 come modificato dal D.lgs n. 277/2003 <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no inizio frequenza (indicare gg/mm/aa) _____ fine frequenza (indicare gg/mm/aa) _____
Specializzazione in discipline affini alla pediatria, ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i. (punti 2.00 per ciascuna specializzazione) -specializzazione in _____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ la formazione specialistica è stata conseguita ai sensi del D.lgs n. 257/1991 e D.lgs n. 368/1999 come modificato dal D.lgs n. 277/2003 <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no inizio frequenza (indicare gg/mm/aa) _____ fine frequenza (indicare gg/mm/aa) _____
-specializzazione in _____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ la formazione specialistica è stata conseguita ai sensi del D.lgs n. 257/1991 e D.lgs n. 368/1999 come modificato dal D.lgs n. 277/2003 <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no inizio frequenza (indicare gg/mm/aa) _____ fine frequenza (indicare gg/mm/aa) _____
Specializzazione in discipline diverse dalla pediatria, equipollente e/o affine (punti 0.20 per ciascuna specializzazione) -specializzazione in _____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ la formazione specialistica è stata conseguita ai sensi del D.lgs n. 257/1991 e D.lgs n. 368/1999 come modificato dal D.lgs n. 277/2003 <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no inizio frequenza (indicare gg/mm/aa) _____ fine frequenza (indicare gg/mm/aa) _____
-specializzazione in _____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ la formazione specialistica è stata conseguita ai sensi del D.lgs n. 257/1991 e D.lgs n. 368/1999 come modificato dal D.lgs n. 277/2003 <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no inizio frequenza (indicare gg/mm/aa) _____ fine frequenza (indicare gg/mm/aa) _____

Iscrizione alla scuola di specializzazione in pediatria o disciplina equipollente *(specificare)* \_\_\_\_\_ ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998, presso l'Università di \_\_\_\_\_ con previsione di conseguimento del titolo entro il 15 settembre 2019

Frequenza corso di specializzazione *(specificare)* \_\_\_\_\_

- Università di \_\_\_\_\_

- inizio frequenza (indicare gg/mm/aa) \_\_\_\_\_

la formazione specialistica è conforme alle previsioni del D.lgs n. 257/1991 e D.lgs n. 368/1999 come modificato dal D.lgs n. 277/2003  sì  no

Servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina (punti 0.05 per mese)

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Distretto militare di \_\_\_\_\_

### Titoli di servizio

Attività di specialista pediatra di libera scelta convenzionato con incarico a tempo indeterminato o provvisorio e per attività di sostituzione (punti 0.60 per mese)

- incarico a tempo indeterminato o provvisorio

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ Sede \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ Sede \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ Sede \_\_\_\_\_

- sostituzione (punti 0.60 per mese)

Dal	Al	Medico sostituito	Azienda	Sede Azienda

- sostituzione per attività sindacale (punti 0.60 per mese, ragguagliato a 96 ore di attività)

Dal	Al	Ore	Medico sostituito	Azienda	Sede Azienda

Servizio in forma attiva 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 (punti 0.10 per mese, ragguagliato a 96 ore di attività)

Azienda \_\_\_\_\_ Sede \_\_\_\_\_ Tipo di attività \_\_\_\_\_

mese/anno _____ ore _____	mese/anno _____ ore _____
mese/anno _____ ore _____	mese/anno _____ ore _____
mese/anno _____ ore _____	mese/anno _____ ore _____
mese/anno _____ ore _____	mese/anno _____ ore _____
mese/anno _____ ore _____	mese/anno _____ ore _____
mese/anno _____ ore _____	mese/anno _____ ore _____

Azienda \_\_\_\_\_ Sede \_\_\_\_\_ Tipo di attività \_\_\_\_\_

mese/anno _____ ore _____	mese/anno _____ ore _____
mese/anno _____ ore _____	mese/anno _____ ore _____
mese/anno _____ ore _____	mese/anno _____ ore _____
mese/anno _____ ore _____	mese/anno _____ ore _____
mese/anno _____ ore _____	mese/anno _____ ore _____
mese/anno _____ ore _____	mese/anno _____ ore _____

Servizio di medico incaricato di assistenza primaria (punti 0.10 per mese)

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ Sede \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ Sede \_\_\_\_\_

o svolto a titolo di sostituzione (punti 0.10 per mese)

Dal	Al	Medico sostituito	Azienda	Sede Azienda

Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche, organizzata dalle Regioni o dalle Aziende (punti 0.10 per mese)

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ Sede \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ Sede \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ Sede \_\_\_\_\_

---

Attività di specialista pediatra svolta all'estero ai sensi della legge 11 agosto 2014, n. 125; della legge 10 luglio 1960, n. 735 e successive modificazioni, e del decreto ministeriale 1 settembre 1988, n. 430 (punti 0.10 per mese di attività)

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_

---

Attività di specialista pediatra svolta a qualsiasi titolo presso strutture sanitarie pubbliche non espressamente contemplate nei punti che precedono (punti 0.05 per mese di attività)

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Struttura \_\_\_\_\_ Sede \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Struttura \_\_\_\_\_ Sede \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ Struttura \_\_\_\_\_ Sede \_\_\_\_\_

La sottoscritta dichiara di aver usufruito di astensione anticipata o di astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio nei seguenti periodi:

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso Azienda \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso Azienda \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso Azienda \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso Azienda \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso Azienda \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara inoltre:

- di  non avere  avere subito provvedimenti di revoca del rapporto convenzionale di medico di pediatra di libera scelta. In caso affermativo indicare la data di revoca del rapporto convenzionale \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e l'Azienda che ha adottato il provvedimento \_\_\_\_\_;
- che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

Fogli allegati

Fogli n. \_\_\_\_\_  
 Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Da compilare e firmare obbligatoriamente solo in caso di invio tramite posta elettronica certificata (PEC)**

## **DICHIARAZIONE**

(ai sensi degli artt. 46 e 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 \_\_\_\_\_

### **DICHIARA**

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste, in caso di dichiarazioni non veritiere,  
1. **di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo** di euro 16,00 tramite apposizione ed annullamento della  
marca da bollo della presente domanda; attestando di seguito i dati della marca da bollo utilizzata:

- data e ora di emissione \_\_\_\_\_
- identificativo n. \_\_\_\_\_

2. di conservare l'originale della presente domanda per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione.

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

## **AVVERTENZE PER LA COMPILAZIONE:**

1. I pediatri che presentano la domanda per la prima volta devono barrare la relativa casella "primo inserimento", tutti gli altri devono barrare la casella "integrazione titoli".
2. **A decorrere dalla graduatoria valevole per l'anno 2020, ai sensi dell'art. 15, comma 4, dell'ACN come novellato dall'ACN 21.6.2018, la domanda di inserimento o integrazione titoli va obbligatoriamente presentata ogni anno a pena di esclusione.**
3. I pediatri già presenti nella precedente graduatoria regionale – **oltre all'obbligo della presentazione della domanda a pena di cancellazione** – possono dichiarare i soli titoli di nuova acquisizione o quelli non allegati in precedenza.
4. **I pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato, non possono fare domanda di inserimento in graduatoria**, in quanto possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento. **Il pediatra che risulti essere titolare di incarico a tempo indeterminato è escluso dalla graduatoria.**
5. **Possono presentare domanda anche i pediatri che acquisiranno il titolo di specializzazione in pediatria o disciplina equipollente entro il 15 settembre 2019.** I pediatri sono inseriti con riserva e sono tenuti a produrre l'autocertificazione del conseguimento del titolo entro il suddetto termine perentorio. Il mancato possesso del titolo e/o la mancata autocertificazione comportano l'esclusione dalla graduatoria.
6. **La domanda va presentata entro e non oltre il termine perentorio del 31 gennaio 2019 esclusivamente a mezzo posta elettronica certificata (PEC) personale dell'interessato all'indirizzo PEC della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità: [salute@certregione.fvg.it](mailto:salute@certregione.fvg.it)**
7. Il termine ultimo di invio, a pena di esclusione, è fissato alle ore 24.00 del giorno di scadenza del presente avviso (31.1.2019). A tal fine la data di spedizione è stabilita e comprovata dalla data di spedizione della comunicazione, come risultante dalla marcatura temporale prevista dal sistema di trasmissione della PEC.
8. Nell'oggetto del messaggio va indicata la dicitura "*domanda graduatoria regionale annuale pediatria 2020*".
9. Non è ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria oppure da PEC non personale, anche se indirizzate alla PEC della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità.
10. Alla domanda va applicata una marca da bollo da euro 16,00, debitamente annullata. Alla stessa va, altresì, allegata copia scannerizzata di un documento di identità in corso di validità a pena di esclusione.
11. La domanda di partecipazione è sottoscritta a pena di nullità della stessa con firma digitale valida rilasciata da un certificatore accreditato oppure è sottoscritta con firma autografa del candidato, quindi scansionata e presentata unitamente a copia scannerizzata di un documento di identità. Le scansioni sono in formato PDF.
12. L'inoltro della domanda è a completo ed esclusivo rischio del mittente con esclusione di qualsivoglia responsabilità dell'amministrazione ove la domanda, per eventuali disguidi e/o altri motivi anche indipendenti dalla volontà dei candidati e anche se la spedita anteriormente alla data di scadenza, non pervenga entro il termine ultimo sopra indicato.
13. È necessario compilare la domanda in modo chiaro e leggibile, preferibilmente a caratteri stampatello o dattiloscritto, e in relazione ai titoli accademici e di servizio vanno indicati tutti i dati richiesti in modo completo al fine di consentirne la valutazione ed i necessari controlli di veridicità, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000.
14. L'omissione o l'incompletezza dei dati o la non leggibilità/comprendibilità dei dati indicati comporta la non valorizzazione del relativo punteggio.
15. Ai fini della determinazione del punteggio valido per la graduatoria valevole per l'anno 2020 sono valutati solo i titoli posseduti al 31.12.2018, oltre al punteggio per il titolo di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti acquisito entro il 15.9.2019.
16. Qualora lo spazio nei riquadri non sia sufficiente per la descrizione dei titoli accademici e di servizio, l'interessato può completarne l'elencazione, utilizzando copia della stessa pagina che sarà allegata alla domanda. In alternativa il candidato può anche utilizzare altro foglio dove aggiungere i titoli/servizi avendo però cura di riportare esattamente la stessa descrizione riportata sul modello di domanda. Di tale allegazione occorre fare menzione come previsto nel modello di domanda.
17. Per il solo fine di agevolare le procedure interne di controllo sulla veridicità delle dichiarazioni il medico può trasmettere copia fotostatica semplice, anche non autenticata, dei certificati di servizio o altro di cui sia eventualmente in possesso.
18. I titoli conseguiti presso soggetti privati o esteri devono essere allegati alla domanda di partecipazione in originale o in copia legale o autenticata ai sensi di legge.
19. Per i titoli di studio conseguiti all'estero vanno indicati gli estremi del provvedimento di riconoscimento di equipollenza rilasciato dal Ministero della Salute. Per i titoli di servizio prestati all'estero (art. 16, comma 1, lettera q) come modificato dall'art. 3 dell'ACN 21.6.2018, il servizio è attestato con certificazioni, in originale o copia conforme all'originale, sottoscritte dal legale rappresentante dell'Ente, con allegata la traduzione in lingua italiana certificata, vistata per conferma dalla competente autorità consolare italiana all'estero.
20. Per i servizi sanitari prestati all'estero per i quali è previsto uno specifico provvedimento di riconoscimento (art.124, comma 2, decreto legislativo 112/1998) è necessario allegare copia di detto provvedimento.
21. La conoscenza della lingua inglese deve essere documentata dal possesso di certificato non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE).

22. Nel caso in cui le dichiarazioni presentino delle irregolarità o delle omissioni, non costituenti falsità, rilevabili d'ufficio, l'interessato è tenuto, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000, a regolarizzare o completare dette dichiarazioni, pena l'esclusione dal procedimento che, nella fattispecie, si traduce nell'esclusione dalla graduatoria.
23. **Il dichiarante decade dai benefici attribuiti a seguito dell'accertamento di dichiarazioni non veritiere.**
24. L'Amministrazione si riserva la facoltà di verificare in qualsiasi momento la sussistenza dei requisiti richiesti e la veridicità delle attestazioni prodotte, anche mediante controlli a campione.
25. Non sono accolte le domande:
- a) quando all'esito dell'istruttoria risulti la carenza di requisiti;
  - b) pervenute oltre i termini perentori come sopra indicati;
  - c) presentate con modalità diverse da quelle indicate nel presente avviso;
  - d) prive di sottoscrizione e/o della fotocopia del documento d'identità (Consiglio di Stato – V Sez. – Sentenze n. 5677/2003 e n. 7140/2004 e IV Sez. – Sentenza n. 2745/2005), in quanto trattasi di elementi indispensabili e, pertanto, la loro mancanza non può configurarsi quale mera irregolarità od omissione formale sanabile.
  - e) quando il pediatra risulti essere già titolare di incarico a tempo indeterminato;
  - f) per il mancato conseguimento del diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti entro il termine perentorio del 15/9/2019 o della produzione della relativa autocertificazione entro il medesimo termine.

### **Informativa sui dati personali**

Ai sensi del D.lgs n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) come modificato e integrato dal D.lgs n. 101/2018 e del Regolamento europeo 2016/679/UE la Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, si impegna a rispettare il carattere riservato delle informazioni fornite dall'interessato e il trattamento dei dati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, proporzionalità.

Il trattamento dei dati forniti è diretto esclusivamente per gli adempimenti connessi, strumentali e conseguenti al presente procedimento di formazione della graduatoria regionale per la pediatria ai sensi dell'A.C.N.

Il conferimento dei dati da parte degli interessati è indispensabile per svolgere le attività e gli adempimenti di cui sopra. L'eventuale mancato conferimento dei dati richiesti preclude la partecipazione al presente procedimento e, in particolare, l'inserimento nella relativa graduatoria ed eventuale assegnazione degli ambiti territoriali carenti.

Il trattamento dei dati è effettuato avvalendosi sia di mezzi informatici che cartacei protetti e non accessibili al pubblico.

I dati forniti potranno essere comunicati alle amministrazioni pubbliche direttamente interessate all'assegnazione in relazione alla procedura di assegnazione di eventuali incarichi e comunque nell'ambito degli adempimenti inerenti e conseguenti al procedimento in parola.

Gli interessati hanno diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, presentare reclamo al Garante dei dati personali, rivolgendo le richieste alla Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità. Il trattamento dei dati personali forniti comprende anche la loro pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Friuli Venezia Giulia nelle sole misure necessarie e proporzionali alle finalità del presente procedimento.

Titolare del trattamento dei dati è la Regione Friuli Venezia Giulia, rappresentata dal Presidente, Responsabile della protezione dei dati (RDP) è il dott. Mauro Vigni, in qualità di direttore centrale per particolari funzioni, mentre INSIEL SPA è responsabile del trattamento dei dati personali connesso all'erogazione dei servizi oggetto del "Disciplinare per l'affidamento in house delle attività relative allo sviluppo e gestione del sistema informativo integrato regionale e delle infrastrutture di telecomunicazione".