

REGIONE AUTONOMA VALLE D'AOSTA

PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA

Aggiornamento Punteggio

Domanda annuale di integrazione titoli per la graduatoria regionale di pediatria valida per l'anno 2013.

RACCOMANDATA

All' Assessorato Sanità, Salute
e Politiche Sociali
Direzione Salute – Ufficio Personale
Dipendente e Convenzionato del S.S.R.
Via De Tillier, 30
11100 Aosta

Bollo da € 14.62
(solo contrassegno telematico)

Il sottoscritto Dott. _____
Nato a _____ Prov. _____ il _____
Codice Fiscale _____ Comune di residenza _____
Prov. _____ Indirizzo _____ n. _____
C.A.P. _____ n. Tel. _____ Cell. _____
Indirizzo e-mail _____

CHIEDE

secondo quanto previsto dall'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta ai sensi dell'art. 8 del D.L.vo 30.12.92, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni, l'aggiornamento del punteggio relativo ai propri titoli nella graduatoria regionale di pediatria valida per l'anno 2013.

A tal fine acclude autocertificazione di iscrizione all'Ordine dei medici e n. documenti e /o atto notorio relativi ai titoli in suo possesso e fotocopia di documento di identità in corso di validità.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sottoindicato:

c/o _____ Comune _____ Prov _____
Indirizzo _____ N _____ CAP _____

Data.....

Firma.....

Istruzioni per la compilazione della domanda.

I pediatri che aspirano ad avere l'aggiornamento del punteggio nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta valida per l'anno 2013, devono dichiarare, nell'allegato atto notorio, di possedere alla data di scadenza del termine per la presentazione della domanda (31 gennaio 2012) i seguenti requisiti :

- **Iscrizione all'Albo Professionale.**

Le attività di servizio svolte dal pediatra nel corso dell'anno 2011 o negli anni precedenti e non valutate, devono essere dichiarate nell'allegato atto notorio.

La domanda deve essere spedita a mezzo raccomandata entro e non oltre **il 31 gennaio 2012**, al seguente indirizzo: Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali - Ufficio Personale Dipendente e Convenzionato del S.S.R. – Via De Tillier, 30 – 11100 Aosta.

Per l'accoglimento della domanda farà fede il timbro postale. La ricevuta rilasciata dall'ufficio postale, sarà l'unico documento valido da produrre in caso di smarrimento della domanda.

N.B. I pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato non possono fare domanda di inserimento nella graduatoria e, pertanto, possono concorrere alla assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.

Formazione della graduatoria regionale di pediatria di libera scelta valida per l'anno 2013.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

Esente
dal bollo

Il sottoscritto Dott. Cognome..... Nome.....

Iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di..... dal.....

ai sensi e agli effetti dell' art. 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 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 decreto legislativo 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 - per le attività sindacali il mese è ragguagliato a 96 ore)
 dal..... al..... presso*
 dal..... al..... presso*.....
 dal..... al..... presso*.....
 n.ore.....dal.....al.....Medico.....ASL*.....
 n.ore.....dal.....al.....Medico.....ASL*.....
2. 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 e nell'emergenza sanitaria territoriale e di assistenza primaria, in forma attiva (0.10 punti per ogni mese ragguagliato a 96 ore di attività); **Per la compilazione vedi l'allegato " A "**
3. Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende (0.10 punti per ciascun mese di attività);
 dal.....al.....A.S.L*.....
 dal.....al.....A.S.L*.....
 dal.....al.....A.S.L*.....
4. Attività di specialista pediatra svolta all'estero ai sensi della legge 9 febbraio 79, n. 38, della legge 10 luglio 1960, n. 735, e successive modificazioni e del decreto ministeriale 1° settembre 1988, n.430 (0.10 punti per mese di attività)
 dal.....al.....presso*.....
 dal.....al.....presso*.....

* inserire l'indirizzo completo dell'ASL, del Distretto e del medico.

5. Attività di specialista 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..... Struttura*.....
 Dal..... al..... Struttura*.....
 Dal..... al..... Struttura*.....
 Dal..... al..... Struttura*.....

ALLEGA

- a) dichiarazione di conformità agli originali: ai sensi degli articoli 19 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazione mendaci, formazione o uso di atti falsi, previste dall'art. 76 del D.P.R. innanzi citato, le allegate fotocopie sono conformi agli originali in proprio possesso:

1. Fotocopia prot. n. _____ del _____ descrizione _____
2. Fotocopia prot. n. _____ del _____ descrizione _____
3. Fotocopia prot. n. _____ del _____ descrizione _____
4. Fotocopia prot. n. _____ del _____ descrizione _____
5. Fotocopia prot. n. _____ del _____ descrizione _____
6. Fotocopia prot. n. _____ del _____ descrizione _____
7. Fotocopia prot. n. _____ del _____ descrizione _____
8. Fotocopia prot. n. _____ del _____ descrizione _____
9. Fotocopia prot. n. _____ del _____ descrizione _____
10. Fotocopia prot. n. _____ del _____ descrizione _____

Le notizie sopra riportate corrispondono al vero. (1)

Luogo e data..... (2) Firma del dichiarante.....

(1) Ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci e la 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 dell'art. 38 del DPR n. 445/2000, la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica, ancorché non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.

* inserire indirizzo completo

Allegato " A "

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 e nell'emergenza sanitaria territoriale e di assistenza primaria, in forma attiva (0.10 punti per ogni mese ragguagliato a 96 ore di attività);

A N N O

Azienda Sanitaria Locale.....

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.....

A N N O

Azienda Sanitaria Locale.....

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.....

Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196
Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali.

Ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 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 di pediatria di libera scelta valida per l'anno 2013;
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 Valle d'Aosta e sul sito internet dell'Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali all'indirizzo: www.regione.vda.it/sanita sotto la voce: personale convenzionato;
5. L'art. 7 del citato decreto Le conferisce l'esercizio di specifici diritti in relazione al trattamento dei dati personali;
6. Responsabile del trattamento dei dati è il Capo Ufficio Personale dipendente e convenzionato del S.S.R. – Via De Tillier, 30 – 11100 Aosta – Tel. 0165/274255.