





FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA REGIONALE DEI MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA  
VALEVOLE PER L'ANNO 2017

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e ss.mm.ii.

Il sottoscritto Dott. .... Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia,

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 833/78 e dell'art. 8 - comma 1 - del D.L.vo 502/92 e 517/93 compreso quella svolta in qualità di associato o di sostituto (punti 0,60 per mese di attività)\***

dal .....	al .....	convenzione presso ASL .....	Prov. ....
dal .....	al .....	convenzione presso ASL .....	Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....

\* per inserire ulteriori periodi di servizio il medico può fotocopiare il relativo prospetto.

2. **Attività di sostituzione di specialista pediatra di libera scelta convenzionato per attività sindacale (punti 0,60 per mese ragguagliato a 96 ore/m di attività)\*;**

dal .....	al .....	h. ....	medico .....	A.S.L. ....	Prov. ....
dal .....	al .....	h. ....	medico .....	A.S.L. ....	Prov. ....
dal .....	al .....	h. ....	medico .....	A.S.L. ....	Prov. ....

\* per inserire ulteriori periodi di servizio il medico può fotocopiare il relativo prospetto.

3. **Attività di medico di assistenza primaria convenzionato, a tempo indeterminato, determinato, o svolta in qualità di associato, o di sostituto (punti 0,10 per mese di attività)\***

dal .....	al .....	convenzione presso ASL .....	Prov. ....
dal .....	al .....	convenzione presso ASL .....	Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....
dal .....	al .....	per sostituzione Dr. ....	presso ASL ..... Prov. ....

\* per inserire ulteriori periodi di servizio il medico può fotocopiare il relativo prospetto.

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 nell'emergenza sanitaria territoriale, in forma attiva (punti 0,10 per mese ragguagliato a 96 ore/m di attività) come riportato nell'Allegato A**

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

A.S.L. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ dal ..... al .....

A.S.L. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ dal ..... al .....

\* per inserire ulteriori periodi di servizio il medico può fotocopiare il relativo prospetto.

6. **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 D.M. 1° settembre 1988, n. 430** (punti 0.10 per mese di attività)\*

N.B.: Il servizio deve essere attestato con certificati, in originale o copia conforme all'originale, sottoscritti dal legale rappresentante dell'Ente, con allegata la traduzione certificata, in lingua italiana, vistati per conferma dalla competente autorità consolare italiana all'estero.

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.

dal ..... al ..... presso .....

dal ..... al ..... presso .....

\* per inserire ulteriori periodi di servizio il medico può fotocopiare il relativo prospetto.

7. **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)\*

A.S.L. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ dal ..... al ..... gg. ....

A.S.L. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ dal ..... al ..... gg. ....

A.S.L. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ dal ..... al ..... gg. ....

A.S.L. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ dal ..... al ..... gg. ....

A.S.L. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ dal ..... al ..... gg. ....

A.S.L. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ dal ..... al ..... gg. ....

A.S.L. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ dal ..... al ..... gg. ....

A.S.L. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ dal ..... al ..... gg. ....

E.O. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ dal ..... al ..... gg. ....

E.O. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ dal ..... al ..... gg. ....

E.O. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ dal ..... al ..... gg. ....

E.O. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ dal ..... al ..... gg. ....

E.O. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ dal ..... al ..... gg. ....

\* per inserire ulteriori periodi di servizio il medico può fotocopiare il relativo prospetto.

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

Data .....

Firma per esteso (2) .....

(1) Ai sensi degli artt.75 e 76 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., le dichiarazioni mendaci e la falsità in 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 D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata, di valido documento di identità del sottoscrittore.

## 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, 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 valevole per l'anno **2017**;
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, il medico non potrà essere inserito in detta graduatoria;
4. I dati personali saranno pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Liguria e sul sito internet all'indirizzo [www.liguriainformasalute.it](http://www.liguriainformasalute.it) alla sezione "avvisi e graduatorie regionali/medicina convenzionata/graduatorie regionali MG e PLS";
5. L'art. 7 del citato D.Lgs. conferisce al medico 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. Responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente del Servizio Personale del Servizio Sanitario Regionale.

Data: \_\_\_\_\_ Firma per presa visione e accettazione \_\_\_\_\_

Dott. Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice fiscale

**SERVIZIO di MEDICINA DEI SERVIZI: attività di: \_\_\_\_\_**  
**svolta a tempo indeterminato presso A.S.L. \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_ (1)**

Anno.....

Gennaio	dal .....	al .....	ore _____	Luglio	dal .....	al .....	ore _____
Febbraio	dal .....	al .....	ore _____	Agosto	dal .....	al .....	ore _____
Marzo	dal .....	al .....	ore _____	Settembre	dal .....	al .....	ore _____
Aprile	dal .....	al .....	ore _____	Ottobre	dal .....	al .....	ore _____
Maggio	dal .....	al .....	ore _____	Novembre	dal .....	al .....	ore _____
Giugno	dal .....	al .....	ore _____	Dicembre	dal .....	al .....	ore _____
<b>Totale ore effettuate _____</b>							

Anno.....

Gennaio	dal .....	al .....	ore _____	Luglio	dal .....	al .....	ore _____
Febbraio	dal .....	al .....	ore _____	Agosto	dal .....	al .....	ore _____
Marzo	dal .....	al .....	ore _____	Settembre	dal .....	al .....	ore _____
Aprile	dal .....	al .....	ore _____	Ottobre	dal .....	al .....	ore _____
Maggio	dal .....	al .....	ore _____	Novembre	dal .....	al .....	ore _____
Giugno	dal .....	al .....	ore _____	Dicembre	dal .....	al .....	ore _____
<b>Totale ore effettuate _____</b>							

(1) per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare il presente prospetto

**SERVIZIO di GUARDIA MEDICA/CONTINUITA' ASSISTENZIALE svolta in forma attiva**

presso A.S.L. \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_ (1)

Anno.....

Gennaio	dal .....	al .....	ore _____	Luglio	dal .....	al .....	ore _____
Febbraio	dal .....	al .....	ore _____	Agosto	dal .....	al .....	ore _____
Marzo	dal .....	al .....	ore _____	Settembre	dal .....	al .....	ore _____
Aprile	dal .....	al .....	ore _____	Ottobre	dal .....	al .....	ore _____
Maggio	dal .....	al .....	ore _____	Novembre	dal .....	al .....	ore _____
Giugno	dal .....	al .....	ore _____	Dicembre	dal .....	al .....	ore _____
<b>Totale ore effettuate _____</b>							

Anno.....

Gennaio	dal .....	al .....	ore _____	Luglio	dal .....	al .....	ore _____
Febbraio	dal .....	al .....	ore _____	Agosto	dal .....	al .....	ore _____
Marzo	dal .....	al .....	ore _____	Settembre	dal .....	al .....	ore _____
Aprile	dal .....	al .....	ore _____	Ottobre	dal .....	al .....	ore _____
Maggio	dal .....	al .....	ore _____	Novembre	dal .....	al .....	ore _____
Giugno	dal .....	al .....	ore _____	Dicembre	dal .....	al .....	ore _____
<b>Totale ore effettuate _____</b>							

(1) per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare il presente prospetto

**SERVIZIO di EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE svolta in forma attiva**

presso A.S.L. \_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_ (1)

Anno.....

Gennaio	dal .....	al .....	ore _____	Luglio	dal .....	al .....	ore _____
Febbraio	dal .....	al .....	ore _____	Agosto	dal .....	al .....	ore _____
Marzo	dal .....	al .....	ore _____	Settembre	dal .....	al .....	ore _____
Aprile	dal .....	al .....	ore _____	Ottobre	dal .....	al .....	ore _____
Maggio	dal .....	al .....	ore _____	Novembre	dal .....	al .....	ore _____
Giugno	dal .....	al .....	ore _____	Dicembre	dal .....	al .....	ore _____
<b>Totale ore effettuate</b> _____							

Anno.....

Gennaio	dal .....	al .....	ore _____	Luglio	dal .....	al .....	ore _____
Febbraio	dal .....	al .....	ore _____	Agosto	dal .....	al .....	ore _____
Marzo	dal .....	al .....	ore _____	Settembre	dal .....	al .....	ore _____
Aprile	dal .....	al .....	ore _____	Ottobre	dal .....	al .....	ore _____
Maggio	dal .....	al .....	ore _____	Novembre	dal .....	al .....	ore _____
Giugno	dal .....	al .....	ore _____	Dicembre	dal .....	al .....	ore _____
<b>Totale ore effettuate</b> _____							

(1) per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare il presente prospetto

Data \_\_\_\_\_

Firma (2) \_\_\_\_\_

(2) Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 e ss.mm.ii., le sottoscrizioni delle dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà non sono soggette ad autenticazione se presentate unitamente a copia fotostatica di un documento di identità, valido, del sottoscrittore.

**FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA REGIONALE DEI MEDICI PEDIATRI DI  
LIBERA SCELTA VALEVOLE PER L'ANNO 2017**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'  
ai sensi dell' art. 47 D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii.**

Il sottoscritto Dr..... nato a .....(prov.....) il.....  
residente a.....(prov. ....) via.....

**Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, (1)**

**DICHIARA**

Che le fotocopie dei titoli allegati e sotto elencati, sono conformi agli originali in possesso del sottoscritto o depositati presso terzi :

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....
9. ....
10. ....

**Data.....**

**Firma(2) .....**

(1) A far data dal 1° gennaio 2012, ai sensi dell'art. 15 della L. 12/11/2011, n. 183, recante modifiche al T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa (D.P.R. 28/12/2000, n. 445), le certificazioni rilasciate dalle P.A. in ordine a stati, qualità personali e fatti, sono valide e utilizzabili solo nei rapporti tra privati; nei rapporti con gli organi della P.A. e i gestori di pubblici servizi, i certificati sono sempre sostituiti dalle dichiarazioni sostitutive di certificazione o dall'atto di notorietà. Conseguentemente le P.A. e i gestori di servizi non possono più accettarli né richiederli.

(2) Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 e ss.mm.ii., le sottoscrizioni delle dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà non sono soggette ad autenticazione se presentate unitamente a copia fotostatica di un documento di identità, valido, del sottoscrittore.

**FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA REGIONALE DEI MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA  
VALEVOLE PER L'ANNO 2017**

ai sensi artt. **15 e 16** A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i pediatri di libera scelta  
sancito con intesa in Conferenza Stato-Regioni del 29/07/2009

**NOTE PER LA COMPILAZIONE**

I pediatri che aspirano ad essere inseriti nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta, valevole per l'anno 2017, devono presentare domanda **in regola con le vigenti norme in materia di imposta di bollo** (attualmente € 16,00 salvo variazioni normative) entro e non oltre il **31 gennaio 2016**.

La spedizione, tramite servizio postale con plico raccomandato, deve essere fatta al seguente indirizzo: **Regione Liguria – Dipartimento Salute e Servizi Sociali – Servizio Personale del Servizio Sanitario Regionale – Via Fieschi 15 – 16121 Genova.**

**La domanda può anche essere consegnata a mano all'Ufficio Protocollo della Regione Liguria - Via Fieschi 15 – Genova, dal lunedì al giovedì dalle 09.00 alle 13.00 e dalle 14.00 alle 16.30 e il venerdì dalle 09.00 alle 13.00; pertanto, qualora il giorno di scadenza del termine di presentazione della domanda cada nella giornata di sabato, l'invio della stessa in tale giornata dovrà avvenire esclusivamente tramite servizio postale a mezzo di plico raccomandato.**

Per l'accoglimento della domanda farà fede il timbro postale o il timbro apposto sulla domanda dall'Ufficio Protocollo se consegnata a mano. La ricevuta rilasciata dall'Ufficio Postale e la fotocopia del frontespizio della domanda se consegnata a mano, saranno gli unici documenti atti a comprovare l'avvenuta presentazione della domanda. Si raccomanda di conservare fotocopia della domanda e allegati presentati annualmente all'Amministrazione regionale quale promemoria per l'eventuale verifica del punteggio attribuito dalla Regione e per non ripetere nelle domande successive quanto già dichiarato.

I pediatri già titolari di incarico di pediatria convenzionata a tempo indeterminato non possono fare domanda di inserimento nella graduatoria (art. 15, comma 11, ACN vigente dal 29/7/2009), ma possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti per trasferimento.

Alla data di scadenza del termine per la presentazione della domanda gli aspiranti dovranno essere in possesso dei seguenti requisiti:

- **Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia**
- **Iscrizione all'Albo Professionale**
- **Diploma di specializzazione in una delle seguenti discipline: pediatria, clinica pediatrica, pediatria e puericultura, patologia clinica pediatrica, patologia neonatale, neonatologia; pediatria preventiva e puericultura, pediatria sociale e puericultura.**

Si precisa che l'attestazione dell'Ordine dei Medici eventualmente prodotta per dimostrare che il medico è iscritto all'Albo professionale, deve avere la data di rilascio non antecedente a 6 mesi dalla data di presentazione della domanda; la mancata presentazione di questo documento o di autocertificazione del possesso del requisito, comporta l'esclusione dalla graduatoria in caso di domanda di primo inserimento o dalla integrazione del punteggio in caso di domanda per la valutazione di nuovi titoli.

I titoli accademici e di servizio possono essere prodotti:

- in originale in bollo;
- a mezzo di dichiarazione sostitutiva (art. 46 e 47 DPR 445/2000 e ss.mm.ii.);
- in fotocopia semplice unitamente a dichiarazione sostitutiva di notorietà con cui si attesta che le stesse sono conformi all'originale.

**A far data dal 1° gennaio 2012, ai sensi dell'art. 15 della L. 12/11/2011, n. 183, recante modifiche al T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa (D.P.R. 28/12/2000, n. 445), le certificazioni rilasciate dalle P.A. in ordine a stati, qualità personali e fatti, sono valide e utilizzabili solo nei rapporti tra privati; nei rapporti con gli organi della P.A. e i gestori di pubblici servizi, i certificati sono sempre sostituiti dalle dichiarazioni sostitutive di certificazione o dall'atto di notorietà. Conseguentemente le P.A. e i gestori di servizi non possono più accettarli né richiederli.**

Per accelerare le procedure interne di controllo sulla veridicità della dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio, il pediatra può integrare la stessa allegando copia fotostatica, non autenticata, dei certificati di servizio di cui è eventualmente in possesso.



La modulistica è unica e può essere usata sia per presentare la domanda di primo inserimento che per l'integrazione annuale del punteggio, barrando la relativa voce "primo inserimento" o "integrazione dei titoli per l'aggiornamento del punteggio".

Ai fini della determinazione del punteggio valido per la graduatoria, sono valutabili solo i titoli accademici e di servizio posseduti alla data del **31.12.2015**.

La domanda e le dichiarazioni sostitutive devono essere compilate in modo completo e leggibile. Non saranno valutati i titoli e le attività di servizio non previsti dall'A.C.N. (art. 16) né quelli dichiarati in maniera incompleta o incomprensibile. L'omessa sottoscrizione della domanda o della dichiarazione sostitutiva, la mancanza di fotocopia di documento di identità in corso di validità, la spedizione o consegna oltre il termine del 31/01/2016, comportano l'esclusione dall'inserimento nella graduatoria o dalla integrazione per l'aggiornamento del punteggio.

**E' compito del medico informare tempestivamente le A.S.L. di interesse e la Regione circa l'eventuale variazione dei dati anagrafici.**

La domanda per l'inserimento nella graduatoria regionale è valida fino a revoca da parte del pediatra.

Ai sensi dell'art. 33 comma 8, dell'A.C.N., è cancellato dalla graduatoria regionale il pediatra che abbia accettato l'incarico ai sensi dell'art. 34 comma 1.

I medici che intendono iscriversi **sia alla graduatoria di pediatria di libera scelta che alla graduatoria di medicina generale** devono utilizzare la relativa modulistica e inviare le domande in buste separate.

**Le graduatorie regionali sono consultabili sul sito istituzionale [www.liguriainformasalute.it](http://www.liguriainformasalute.it) – nella sezione "avvisi e graduatorie regionali/medicina convenzionata/graduatorie regionali MG e PLS".**

Si ricorda che ai sensi dell'A.C.N. la Regione pubblica nel B.U.R.L. e sul sito istituzionale la graduatoria provvisoria e, nei 30 giorni successivi, il pediatra, verificato il punteggio attribuitogli, può presentare eventuale istanza di riesame in carta libera, anche all'indirizzo di PEC [protocollo@pec.regione.liguria.it](mailto:protocollo@pec.regione.liguria.it).

**Per ulteriori precisazioni è possibile contattare i nr. telefonici: 0105484843 – 010 5485091 o scrivere alla mail: [marcella.quintaba@regione.liguria.it](mailto:marcella.quintaba@regione.liguria.it)**