

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA GRADUATORIA REGIONALE DI  
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA VALIDA PER L'ANNO 2020

PER IL  
BOLLO  
VEDI  
ALLEGATO  
B

ALLA REGIONE LAZIO  
Direzione Regionale Salute ed Integrazione  
Sociosanitaria  
Area Risorse Umane GR/39/06  
Via Rosa Raimondi Garibaldi, 7 – 00145 Roma  
pec [arearisorseumanessr@regione.lazio.legalmail.it](mailto:arearisorseumanessr@regione.lazio.legalmail.it)

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_ sesso: M  sesso: F   
codice fiscale \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
indirizzo: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ ASL residenza \_\_\_\_\_  
pec \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere inserito nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta valida per l'anno 2020

**ACCLUDE**

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

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

**INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi dell'art.13 del Reg. UE/679/2016, si informa che i dati personali che la Regione Lazio acquisisce, in qualità di Titolare del trattamento, verranno trattati esclusivamente per lo svolgimento degli adempimenti previsti dall'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di pediatria di libera scelta del 15 dicembre 2005 – testo integrato con l'ACN del 29 luglio 2009 e s.m.i., 8 luglio 2010, 21 giugno 2018. Il titolare del trattamento dei dati personali è la Giunta della Regione Lazio con sede in Roma Via R.R. Garibaldi n. 7 CAP 00145 Roma. Il conferimento dei dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e/o informatizzata, è indispensabile per lo svolgimento delle procedure di predisposizione della graduatoria annuale di medicina generale, pertanto, il sottoscrittore della domanda non potrà essere inserito in detta graduatoria nel caso in cui non acconsenta al trattamento dei propri dati personali.

I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio e potranno essere comunicati unicamente alle Amministrazioni Pubbliche interessate all'utilizzo della graduatoria.

I dati saranno conservati presso gli uffici dell'Area Risorse Umane della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa. Gli interessati hanno il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione nonché di opporsi al loro trattamento rivolgendo le richieste al Responsabile della protezione dei dati o, ricorrendone i presupposti, proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali quale autorità di controllo secondo le procedure previste

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
(Ai fini della validità della domanda)

**N.B. ALLEGARE FOTOCOPIA DOCUMENTO D'IDENTITA' VALIDO**

## **AVVERTENZE ED ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE.**

I pediatri che aspirano ad essere inseriti nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta non devono trovarsi nella condizione di cui all'art. 17, comma 1, lettere f) e j) dell'ACN in vigore e devono possedere alla data di scadenza del termine per la presentazione della domanda (31 gennaio) i seguenti requisiti:

- **Cittadinanza italiana o altro Paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti;**
- **Iscrizione all'Albo Professionale;**
- **Essere in possesso del diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i.**

1. Pediatria;
2. Clinica pediatrica;
3. Pediatria e puericoltura;
4. Pediatria preventiva e puericoltura;
5. Pediatria sociale e puericoltura;
6. Pediatria preventiva e sociale
7. Puericoltura;
8. Puericoltura, dietetica infantile ed assistenza sociale dell'infanzia;
9. Puericoltura e dietetica infantile;
10. Puericoltura ed igiene infantile;
11. Neonatologia.

- **Possono altresì presentare domanda di inserimento in graduatoria i medici che nell'anno acquisiranno il diploma di specializzazione. Il titolo deve essere posseduto ed autocertificato entro il 15 settembre ai fini dell'inserimento nella graduatoria provvisoria di cui al comma 6.**
- **I pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato non possono far domanda di inserimento nella graduatoria e, pertanto, possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.**

La domanda, debitamente compilata e sottoscritta, indirizzata alla REGIONE LAZIO - Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria - Area Risorse Umane - deve essere trasmessa a mezzo pec al seguente indirizzo :

[arearisorseumanessr@regione.lazio.legalmail.it](mailto:arearisorseumanessr@regione.lazio.legalmail.it) specificando nell'oggetto " Domanda graduatoria pediatria libera scelta"

**La domanda deve essere in regola con le vigenti norme in materia di imposta di bollo (come da nota Agenzia Entrate 954-19608/2010) dell'importo di euro 16,00.**

**La marca da bollo dovrà essere apposta sul modello B debitamente compilato e sottoscritto che deve essere trasmesso unitamente alla domanda.**

**Alla domanda e alle dichiarazioni sostitutive deve essere allegata la fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità**

Ai fini della graduatoria sono valutati solo i titoli di studio e di servizio posseduti alla data del 31 dicembre dell'anno precedente oltre al punteggio per il titolo dei medici che acquisiranno il diploma di specializzazione nell'anno ed autocertificato entro il 15 settembre.

Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità della dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio, il medico può trasmettere una copia fotostatica, anche non autenticata, dei certificati di servizio di cui sia già in possesso.

**Il medico già iscritto nella graduatoria** regionale di pediatria di libera scelta, deve dichiarare soltanto gli ulteriori titoli acquisiti nel corso dell'ultimo anno, o eventuali titoli mai presentati nelle precedenti domande. Per eventuali informazioni è possibile rivolgersi ai seguenti numeri telefonici 06/51683184 – 06/51685475 – 06/51685762 – 06/51683548.

FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA REGIONALE DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA  
VALIDA PER L'ANNO 2020

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE - AUTOCERTIFICAZIONE –**

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

ai sensi e agli effetti dell' art. 46 del DPR 28 Dicembre 2000, n. 445 e successive modificazioni ed integrazioni, in materia di dichiarazioni sostitutive di certificazioni

**DICHIARA**

- 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 Ministero del lavoro e della previdenza sociale (art. 17, comma 1, lettera f);
- di non fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei pediatri che beneficiano delle sole prestazioni della “quota A” del fondo di previdenza generale dell'ENPAM (art. 17, comma 1, lettera j);
- di essere cittadino italiano/cittadino di Stato membro dell'Unione Europea

\_\_\_\_\_ (indicare la cittadinanza di Stato  
dell'Unione Europea)

- di essere cittadino \_\_\_\_\_ (indicare la cittadinanza di Stato  
non appartenente all'UE) non avente cittadinanza di Stato membro UE, e di essere familiare di

\_\_\_\_\_ (indicare COGNOME e NOME del familiare)

cittadino di \_\_\_\_\_ Stato membro UE,

(indicare la cittadinanza del familiare)

e in possesso di uno dei seguenti requisiti previsti dal comma 1, art. 38 del D. Lgs. 165/2001:

titolarità del diritto di soggiorno in corso di validità,

rilasciato dalla Questura di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;

titolarità del diritto di soggiorno permanente in corso di validità,

rilasciato dalla Questura di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;

□ di essere cittadino \_\_\_\_\_ (indicare la cittadinanza di Stato non appartenente all'UE)

non avente cittadinanza UE, in possesso di una delle seguenti condizioni (comma 3bis, art. 38 del D. Lgs. 165/2001):

titolarità di permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo in corso di validità,

rilasciato dalla Questura di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

titolarità dello status di rifugiato politico in corso di validità,

rilasciato dalla Questura di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

titolarità dello status di protezione sussidiaria in corso di validità,

rilasciato dalla Questura di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

di essere iscritto all'Albo professionale dei medici della Provincia di.....  
dal.....

di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università di..... in data..... con voto.....

**di essere in possesso inoltre di:**

**a) Specializzazione in pediatria o discipline equipollenti** ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i. (4,00 punti per ciascuna specializzazione) conseguita il ..... presso .....

**b) Specializzazione in discipline affini alla pediatria** ai sensi della tabella B del D.M. 31 gennaio 1998 e s.m.i. (2,00 punti per ciascuna specializzazione) conseguita il ..... presso .....

**c) Specializzazione in discipline diverse da quelle previste alle lettere a) e b)** (0,20 punti per ciascuna specializzazione) conseguita il.....presso.....

**d) Conoscenza della lingua inglese documentata dal possesso di certificato non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE)** (0,50 punti complessivamente) conseguita il ..... presso .....

e) **Conoscenza dei principali programmi informatici documentata dal possesso della Patente europea per l'utilizzo del PC (ECDL) (0,25 punti complessivamente) conseguita il**  
..... presso .....

f) **medico che acquisirà il diploma di specializzazione nel corso dell'anno e autocertificherà il possesso del titolo entro il 15 settembre ai fini dell'inserimento nella graduatoria provvisoria.**

Data rilascio ..... presso .....

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

Data .....

Firma del dichiarante.....

*(Non soggetta ad autenticazione)*

*( 1 ) Ai sensi degli art. 75 e 76 del DPR 28 Dicembre 2000, n. 445 e successive modificazioni ed integrazioni, 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.*

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

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

ai sensi e agli effetti degli art. 47 e 48 del DPR 28 Dicembre 2000, n. 445 e successive modificazioni ed integrazioni, in materia di dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà

**DICHIARA**

**DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI TITOLI DI SERVIZIO**

- a) **Attività di specialista pediatra di libera scelta convenzionato** ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978 n.833 e dell'art. 8, comma 1, del D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. con incarico a tempo indeterminato o provvisorio e per attività di sostituzione, (1,10 punti per ciascun mese complessivo);  
(per l'attività sindacale il mese corrisponde a 96 ore)

dal..... Al..... Presso.....  
dal..... Al..... Presso.....  
dal..... Al..... Presso.....  
dal..... Al..... Presso.....  
dal..... Al..... Presso.....

- b) **servizio in forma attiva nella medicina dei servizi o svolto, anche a titolo di sostituzione, nei servizi di guardia medica e di continuità assistenziale, nell'emergenza sanitaria territoriale, di assistenza primaria**, (0,10 punti per ogni mese ragguagliato a 96 ore di attività) (per ciascun mese solare non può essere considerato un numero di ore superiore a quello massimo consentito dall'Accordo nazionale relativo al settore);

**\*\*\*\* vedi allegato A per la compilazione \*\*\*\***

c) **attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche**, organizzate dalle Regioni o dalle Aziende. (0,10 per ciascun mese complessivo)

A.S.L..... dal..... al.....

A.S.L..... dal..... al.....

d) **servizio militare di leva** (o sostitutivo nel servizio civile) svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina, (0,05 punti per mese)

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

e) **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 (0,10 punti per mese complessivo)

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

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

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

f) **attività di specialista pediatra** svolta a qualsiasi titolo presso strutture sanitarie pubbliche non espressamente contemplate nei punti che precedono, (0,05 punti per mese complessivo)

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

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

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

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

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

*( 1 ) Ai sensi degli art. 75 e 76 del DPR 28 Dicembre 2000, n. 445 e successive modificazioni ed integrazioni, 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 – comma 3 – del DPR 28 Dicembre 2000, n. 445 e successive modificazioni ed integrazioni, la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica, ancorchè non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.*

**ALLEGATO A**

Dott.        Cognome..... Nome.....

**servizio in forma attiva nella medicina dei servizi o svolto, anche a titolo di sostituzione, nei servizi di guardia medica e di continuità assistenziale, nell'emergenza sanitaria territoriale, di assistenza primaria, (0,10 punti per ogni mese ragguagliato a 96 ore di attività) ( per ciascun mese solare non può essere considerato un numero di ore superiore a quello massimo consentito dall'Accordo nazionale relativo al settore); \***

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.....

\* per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare una o più volte l'allegato A

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.....

<b>MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO DOVUTA PER LA PRESENTAZIONE DI Istanze ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE</b>
Il sottoscritto, consapevole che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale (Art. 75 e 76 dpr 28.12.2000 n. 445)
<b>trasmette la presente dichiarazione, attestando ai sensi degli artt. 46 e 47 del dpr 28.12.2000 n. 445 quanto segue:</b>

Spazio per l'apposizione della marca da bollo, da annullare con data e firma

Cognome	Nome	
Nato a	Prov.	il
Residente in	Prov.	CAP
Via/Piazza	n.	

**DICHIARA**

di aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo dovuta per le istanze di inserimento nella graduatoria regionale della medicina generale e/o di pediatria di libera scelta della Regione Lazio valevoli per l'anno 2020 con la marca da bollo numero identificativo:  
 .....del .....(1)

(1) NB: Numero identificativo della marca da bollo

---

di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

***Luogo e data***

***Firma autografa leggibile***

-----

-----

**AVVERTENZE**

- 1) Il presente modulo, provvisto della marca da bollo (annullata secondo le indicazioni di cui al punto 2), deve essere debitamente compilato e sottoscritto con firma autografa del dichiarante e deve essere allegato alla domanda di inserimento nella graduatoria regionale della medicina generale e/o di pediatria di libera scelta della Regione Lazio valevoli per l'anno 2020.
- 2) La marca da bollo, applicata nell'apposito spazio, dovrà essere annullata tramite l'apposizione della data e la firma sulla stessa e parte del modulo spazio per l'apposizione della marca da bollo, da annullare con data e firma