





- di essere** in possesso di specializzazione in discipline diverse da quelle sopra indicate (indicare la specializzazione):

conseguita presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ con  
**frequenza dal** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;

conseguita presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ con  
frequenza dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ al \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;

- di essere** in possesso di certificato di conoscenza della lingua inglese (non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo) conseguito presso \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;

- di essere** in possesso della Patente Europea per l'utilizzo del PC (ECDL) conseguita il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_;

- 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 del trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente;**

- di fruire del trattamento di quiescenza ma di beneficiare delle sole prestazioni della quota "A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM;**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Firma autografa leggibile \_\_\_\_\_

**NB: Spuntare i campi riferiti al trattamento per invalidità assoluta e permanente ed al trattamento di quiescenza.**



dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ _____pediatra_____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ _____pediatra_____

**2. Attività di sostituzione per attività sindacale (1,10 per mese di attività ragguagliato a 96 ore):**

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ _____pediatra_____ n. ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ _____pediatra_____ n. ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ _____pediatra_____ n. ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ _____pediatra_____ n. ore _____

**3. 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 (0,10 punti per mese ragguagliato a 96 ore di attività)**

(per ciascun mese non può essere considerato un numero di ore superiore a quello massimo consentito dall'Accordo nazionale relativo al settore)

**ANNO** \_\_\_\_\_ **Azienda Sanitaria Locale** \_\_\_\_\_

gennaio	dal ___/___/___	al ___/___/___	n. ore _____
attività _____			
febbraio	dal ___/___/___	al ___/___/___	n. ore _____
attività _____			
marzo	dal ___/___/___	al ___/___/___	n. ore _____
attività _____			
aprile	dal ___/___/___	al ___/___/___	n. ore _____
attività _____			
maggio	dal ___/___/___	al ___/___/___	n. ore _____
attività _____			
giugno	dal ___/___/___	al ___/___/___	n. ore _____
attività _____			
luglio	dal ___/___/___	al ___/___/___	n. ore _____
attività _____			
agosto	dal ___/___/___	al ___/___/___	n. ore _____

attività	_____	_____	_____
settembre dal	__/__/_____	al __/__/_____	n. ore _____
attività	_____	_____	_____
ottobre dal	__/__/_____	al __/__/_____	n. ore _____
attività	_____	_____	_____
novembre dal	__/__/_____	al __/__/_____	n. ore _____
attività	_____	_____	_____
dicembre dal	__/__/_____	al __/__/_____	n. ore _____
attività	_____	_____	_____

**ANNO** \_\_\_\_\_ **Azienda Sanitaria Locale** \_\_\_\_\_

gennaio dal	__/__/_____	al __/__/_____	n. ore _____
attività	_____	_____	_____
febbraio dal	__/__/_____	al __/__/_____	n. ore _____
attività	_____	_____	_____
marzo dal	__/__/_____	al __/__/_____	n. ore _____
attività	_____	_____	_____
aprile dal	__/__/_____	al __/__/_____	n. ore _____
attività	_____	_____	_____
maggio dal	__/__/_____	al __/__/_____	n. ore _____
attività	_____	_____	_____
giugno dal	__/__/_____	al __/__/_____	n. ore _____
attività	_____	_____	_____
luglio dal	__/__/_____	al __/__/_____	n. ore _____
attività	_____	_____	_____
agosto dal	__/__/_____	al __/__/_____	n. ore _____
attività	_____	_____	_____
settembre dal	__/__/_____	al __/__/_____	n. ore _____
attività	_____	_____	_____
ottobre dal	__/__/_____	al __/__/_____	n. ore _____
attività	_____	_____	_____
novembre dal	__/__/_____	al __/__/_____	n. ore _____
attività	_____	_____	_____
dicembre dal	__/__/_____	al __/__/_____	n. ore _____
attività	_____	_____	_____

**4. Servizio di medico incaricato di assistenza primaria (0,10 per mese)**

dal	__/__/_____	al	__/__/_____	Azienda	_____
dal	__/__/_____	al	__/__/_____	Azienda	_____
dal	__/__/_____	al	__/__/_____	Azienda	_____



**7. 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 _____ _____
--

**8. Attività di medico specialista pediatra svolta all'estero ai sensi della Legge 11 agosto 2014, n. 125; della L. 10.07.1960 n. 735 e successive modificazioni, e del D.M. 01.09.1988 n. 430 (0,10 punti per mese):**

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ _____
--

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ _____
--

dal ___/___/___ al ___/___/___ presso _____ _____
--

**9. Attività di specialista pediatra svolta a qualsiasi titolo presso strutture sanitarie pubbliche non espressamente contemplate nei punti che precedono (0,05 punti per mese):**

dal ___/___/___ al ___/___/___ Struttura _____ _____
---

dal ___/___/___ al ___/___/___ Struttura _____ _____
---

dal ___/___/___ al ___/___/___ Struttura _____ _____
---

dal ___/___/___ al ___/___/___ Struttura _____ _____
---

dal ___/___/___ al ___/___/___ Struttura _____ _____
---

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

dal ___/___/___ al ___/___/___ Struttura _____ _____
---

dal ___/___/___ al ___/___/___ Struttura _____ _____
---

dal ___/___/___ al ___/___/___ Struttura _____ _____
---



**Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre:**

**di non avere      di avere subito provvedimenti di revoca del rapporto convenzionale 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.**

**Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**

**Firma autografa leggibile\_\_\_\_\_**

**N.B.:**

**Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (art.75 del DPR 445/2000).**

**Ai fini della validità la dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato e inviata insieme alla copia fotostatica di un valido documento d'identità del dichiarante.**

**MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO DOVUTA PER LA PRESENTAZIONE DI ISTANZE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**

**SPAZIO PER MARCA DA BOLLO**

**da annullare con data e firma**

Il/La sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

consapevole delle responsabilità amministrative e penali, conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

**DICHIARA**

- di aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo dovuta per l'istanza di inserimento nella graduatoria regionale della pediatria di libera scelta della Regione Abruzzo valevole per l'anno 2022 con la marca da bollo sopra apposta e annullata.
- 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 di 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 della Regione Abruzzo valevole per l'anno 2022.
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.
3. **Il codice identificativo della marca da bollo a 14 cifre deve essere riportato nell'apposito spazio posto in alto a sinistra del modulo di domanda.**

## INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Regolamento UE 27 aprile 2016 n. 2016//679 /UE e del Codice della Privacy 30 giugno 2003 n. 196, modificato dal D. Lgs. 10 agosto 2018, n. 101, si informa che:

- I dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente per le finalità strettamente necessarie e connesse alla formazione della graduatoria regionale di pediatria valida per l'anno 2022. Per tali finalità l'acquisizione dei dati è necessaria e il loro mancato conferimento o una loro omissione comporterà l'esclusione dalla procedura;
- Il trattamento viene effettuato mediante strumenti cartacei, informatici, telematici e telefonici. I dati saranno conservati presso gli archivi cartacei e/o informatizzati esistenti presso il Dipartimento Sanità, Servizio Programmazione Socio-Sanitaria – Ufficio Medicina Convenzionata – in Via Conte di Ruvo 74, 65127 Pescara. Essi saranno conservati per il periodo di tempo stabilito dalle norme in materia di conservazione di atti e documenti della Pubblica Amministrazione.
- L'interessato ha diritto di accedere ai dati che lo riguardano, di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione se non pertinenti o raccolti in modo non conforme alle norme. L'interessato può, altresì, opporsi al trattamento per motivi legittimi.
- I dati personali saranno pubblicati sul sito istituzionale e sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo;
- I dati raccolti, fatta salva la pubblicazione e le comunicazioni di cui sopra, non saranno diffusi e non saranno oggetto di comunicazione a soggetti diversi da quelli abilitati al trattamento senza Suo esplicito consenso.
- Il Titolare del trattamento è la Regione Abruzzo con sede in via Via Leonardo Da Vinci, 6 "Palazzo Silone" 67100 L'Aquila (AQ) nella persona del Presidente pro-tempore - Tel. 0862 3631 - e-mail presidenza@regione.abruzzo.it – pec presidenza@pec.regione.abruzzo.it  
Il Responsabile della protezione dei dati è l'Avv. Carlo Massacesi, Dirigente del Servizio autonomo controlli e anticorruzione, email [responsabile.anticorruzione@regione.abruzzo.it](mailto:responsabile.anticorruzione@regione.abruzzo.it) – Tel. 0862 - 363287 / 363304 / 363558.  
Il Responsabile del trattamento è il Direttore pro – tempore del Dipartimento Sanità, Dott. Claudio D'Amario - Via Conte di Ruvo 74 - Tel. 085-7671 - e-mail dpf@regione.abruzzo.it - pec dpf@pec.regione.abruzzo.it.

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ dichiara di aver ricevuto l'informativa che precede ed esprime il consenso al trattamento dei dati.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## **AVVERTENZE E ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLA DOMANDA**

### **1. AVVERTENZE GENERALI**

La domanda di inclusione nella graduatoria deve essere rinnovata di anno in anno e deve eventualmente contenere le dichiarazioni concernenti i titoli che comportino modificazioni al precedente punteggio a norma dell'Allegato 1 all'ACN 21.06.2018.

I pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato non possono fare domanda di inserimento nella graduatoria.

**ATTENZIONE: L'ufficio istruttore non procederà a chiedere integrazioni di documentazione che il medico richiedente avrebbe dovuto produrre improrogabilmente, ai sensi del vigente ACN, entro il termine perentorio del 31.01.2021.**

### **2. REQUISITI PER L'ACCESSO**

I pediatri che aspirano all'iscrizione nella graduatoria devono presentare annualmente la propria domanda e possedere, alla data di scadenza dei termini per la presentazione della stessa, i seguenti requisiti:

- a. cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti;
- b. diploma di laurea in Medicina e Chirurgia;
- c. iscrizione all'Albo professionale;
- d. diploma di specializzazione in pediatria o in una delle seguenti discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i.:
  - clinica pediatrica
  - neonatologia
  - pediatria e puericultura
  - pediatria preventiva e puericultura
  - pediatria preventiva e sociale
  - pediatria sociale e puericultura
  - puericultura
  - puericultura ed igiene infantile
  - puericultura, dietetica infantile ed assistenza sociale dell'infanzia
  - puericultura e dietetica infantile

**ATTENZIONE:** Possono altresì presentare domanda di inserimento in graduatoria i medici che **nell'anno acquisiranno il diploma di specializzazione. Il titolo dovrà essere posseduto ed autocertificato entro il 15 settembre 2021 ai fini dell'inserimento nella graduatoria provvisoria.**

L'autocertificazione deve essere trasmessa esclusivamente a mezzo PEC alla REGIONE ABRUZZO - Dipartimento Sanità - Servizio Programmazione Socio-Sanitaria – Ufficio Medicina Convenzionata – indirizzo PEC: dpf020@pec.regione.abruzzo.it

### **3. INCOMPATIBILITA'**

I pediatri che aspirano all'iscrizione nella graduatoria non devono trovarsi nelle seguenti condizioni:

- 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;
- 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;

**ATTENZIONE: si raccomanda ai candidati di compilare correttamente le dichiarazioni relative al trattamento di invalidità e di quiescenza nell'allegato "A", in quanto la sussistenza delle condizioni ivi previste possono precludere il diritto di inclusione nella graduatoria. Pertanto, laddove la Regione non possa acquisire le predette informazioni dal richiedente dovrà procedere all'esclusione.**

### **4. MODALITA' DI TRASMISSIONE DELLA DOMANDA**

La domanda e i relativi allegati, compilati e debitamente sottoscritti, devono essere spediti esclusivamente a mezzo PEC alla REGIONE ABRUZZO - Dipartimento Sanità - Servizio Programmazione Socio-Sanitaria – Ufficio Medicina Convenzionata – indirizzo PEC: [dpf020@pec.regione.abruzzo.it](mailto:dpf020@pec.regione.abruzzo.it) entro e non oltre il 31 gennaio 2021.

**L'oggetto della PEC dovrà contenere SOLO la seguente dicitura: PLS DOMANDA GRADUATORIA.**

La domanda e gli allegati (ad eccezione del documento di identità) NON possono essere prodotti:

- con FILE FORMATO IMMAGINE O CON FOTOGRAFIE DIGITALI (Jpeg e similari);
- con SINGOLI FILE, anche in formato PDF, relativi a ciascuna facciata/pagina dei documenti trasmessi.

Inoltre la domanda deve essere in regola con le vigenti norme in materia di imposta di bollo dell'importo di € 16,00. Ai fini della relativa dimostrazione dovrà essere debitamente compilato, sottoscritto e trasmesso, in allegato alla PEC, il Modulo Allegato C e sul modello di domanda dovrà essere indicato, nell'apposito spazio, il codice numerico composto da 14 cifre rilevabili dal contrassegno.

Si chiarisce che, con Risoluzione n. 89/E del 2016, l'Agenzia delle Entrate ha evidenziato che, nel caso di pagamento dell'imposta di bollo mediante contrassegno telematico, il contribuente deve curare la conservazione del contrassegno utilizzato entro il termine di decadenza triennale previsto per l'accertamento da parte dell'Amministrazione finanziaria (art. 37 del D.P.R. n. 642 del 1972).

## **5. MOTIVI DI ESCLUSIONE**

**Sono motivi di esclusione:**

- la mancata sottoscrizione della domanda o delle dichiarazioni sostitutive di certificazione;
- la mancata allegazione di valido documento di identità o riconoscimento equipollente;
- la mancanza dei requisiti di ammissione;
- la spedizione della domanda oltre il termine perentorio del 31 gennaio 2021 o con modalità diverse dalla PEC;
- per i candidati in attesa di conseguire il Diploma di specializzazione in pediatria o in una delle seguenti discipline equipollenti, la mancata autocertificazione del titolo, a mezzo PEC, entro la data del 15 settembre 2021;
- la mancanza di autorizzazione al trattamento dei dati personali, ove non prodotta con la domanda e/o integrata a seguito di formale richiesta della Regione.

Ai fini della validità della sottoscrizione si chiarisce che la stessa deve essere autografa (se contenuta in un documento cartaceo successivamente scannerizzato) o digitale se il candidato è in possesso di firma digitale.

## **6. MODALITA' DI DOCUMENTAZIONE DEI TITOLI E CERTIFICAZIONI DI STATI PERSONALI**

I titoli devono essere documentati:

- a) con dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell'art.46 del DPR 445/2000 (Allegato A alla domanda), per i titoli accademici e di studio e per le certificazioni di stati personali;
- b) con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, ai sensi dell'art.47 del DPR n. 445/2000, (Allegato B alla domanda), per i titoli di servizio prestato presso una Amministrazione Pubblica o un gestore di Pubblico Servizio;
- c) 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.

L'omissione o l'incompletezza dei dati comporteranno la non attribuzione dei relativi punteggi. L'autocertificazione dovrà pertanto indicare esattamente il numero dei giorni o delle ore di attività svolte, il periodo di svolgimento e l'Azienda/Ente presso la quale è stata svolta l'attività.

Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere.

La conoscenza della lingua inglese (Allegato A) deve essere documentata dal possesso di certificato non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE).

Ai fini della graduatoria sono valutabili solo i titoli accademici, di studio e di servizio posseduti al 31 dicembre dell'anno precedente, nonché il diploma di specializzazione in pediatria, o discipline equipollenti, conseguito ed autocertificato entro il 15 settembre 2021.

E' necessaria inoltre, anche ai fini delle verifiche e controlli che l'Ufficio istruttore è tenuto a effettuare, l'esatta indicazione della AUSL e/o dell'Ente presso il quale il servizio è stato prestato.

L'Amministrazione regionale si riserva di effettuare, in qualsiasi momento, specifici controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rilasciate in attuazione delle disposizioni vigenti in materia.