

Allegato A

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 445/2000

Il sottoscritto Dott. 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. 28/12/2000, n. 445, ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445:

DICHIARA

- di essere cittadino italiano dalla nascita dal _____;
- di essere cittadino di altro Stato membro dell'U.E., incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti (indicare il Paese) _____ dal _____;
- di essere cittadino del seguente Stato _____ ed in possesso di uno dei requisiti di cui all'art. 38, commi 1 e 3 bis del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i. (cfr. punto 1a. "Avvertenze");
- di essere in possesso del diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di *..... il con voto /110 o/100 e di abilitazione conseguita in data..... o sessione n.....annopresso Università di *.....;
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di* daln°. iscriz..... ;
- di essere in possesso della specializzazione in Pediatria o disciplina equipollente (specificare)_____ ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998, conseguita presso l'Università di * in data..... (svolgimento del corso di studi dal..... al) con voto
- di essere iscritto 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 e si impegna ad autocertificare l'avvenuto conseguimento dello stesso, ai fini dell'inclusione in graduatoria (cfr. p. 1e. "Avvertenze");
- di essere in possesso della specializzazione in disciplina affine alla pediatria (specificare) _____ ai sensi della tabella B del D.M.30 gennaio 1998 conseguita il _____ presso l'Università di* (svolgimento del corso di studi dal..... al);
- di essere in possesso della/e seguente/i specializzazione/i in discipline diverse da quelle sopra indicate (specificare):
..... conseguita presso l'Università di*il
(con frequenza del corso di studi dal..... al);
..... conseguita presso l'Università di*il
(con frequenza del corso di studi dal..... al);
..... conseguita presso l'Università di*il
(con frequenza del corso di studi dal..... al);
- di essere in possesso di certificato di conoscenza della lingua inglese conseguito il ___/___/___ presso _____ (cfr. p. 7 "Avvertenze");
- di essere in possesso della Patente Europea per l'utilizzo del PC conseguita il ___/___/___ presso _____ (cfr. p. 8 "Avvertenze");
- 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 pediatri che beneficiano delle sole prestazioni della "quota A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM).

Data

Firma per esteso⁽¹⁾.....

* inserire nell'allegato D i recapiti degli Enti indicati

(1) Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento d'identità del dichiarante.

Allegato B

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000

Il sottoscritto Dott. 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. 28/12/2000, n. 445, ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445:

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 L. 23 dicembre 1978, n. 833, e dell'art. 8 - comma 1 - del D.lgs. n. 502/92 e n. 517/93 e s.m.i., con incarico a tempo indeterminato o provvisorio e per attività di sostituzione: (punti 1,10 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.
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.

2. Attività di sostituzione per attività sindacale del pediatra di libera scelta titolare (punti 1,10 per mese di attività, ragguagliato a 96 ore/m);**

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

3. Attività di medico di assistenza primaria convenzionato, a tempo determinato 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.
dal	al	per sostituzione Dr. presso ASL	Prov.

* per inserire ulteriori periodi di servizio il medico può fotocopiare il relativo prospetto
**inserire nell'apposito spazio il nome del medico sostituito e nell'allegato D i recapiti degli Enti indicati

N.B. per le sostituzioni inferiori ai 3 gg. che il pediatra titolare non comunica all'Azienda avvalendosi della facoltà di cui all'art. 36 c.1 dell'ACN, si consiglia vivamente di farsi rilasciare dallo stesso l'attestazione di avvenuta sostituzione con l'indicazione precisa delle date di inizio e fine periodo, da conservare ed esibire all'Amministrazione regionale in caso di controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di cui al Testo Unico 445/2000.

4. Servizio in forma attiva nella medicina dei servizi o svolto, anche a titolo di sostituzione, nei servizi di guardia medica, di continuità assistenziale o nell'emergenza sanitaria territoriale come riportato nell'Allegato C (punti 0,10 per mese ragguagliato a 96 ore/m di attività)

5. Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche, organizzati 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
A.S.L.** Prov. Località dal al

6. 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 modifiche e del D.M. 1° settembre 1988, n. 430 (punti 0,10 per mese di attività)*

N.B.: Il servizio deve essere attestato con certificazioni, in originale o copia conforme all'originale, sottoscritte dal legale rappresentante dell'Ente, con allegata la traduzione in lingua italiana certificata, vistate 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**
dal al presso**
dal al presso**

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.....
E.O.** Prov. dal al gg.....
E.O.** Prov. dal al gg.....
E.O.** Prov. dal al gg.....

8. Servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia:

dal ____/____/____ al ____/____/____ presso **

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

Il sottoscritto dichiara inoltre:

- di non avere 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 (1)

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

** inserire nell' allegato D i recapiti degli Enti indicati

Data

Firma per esteso (2)

(1) Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. 445/2000)

(2) Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento d'identità del dichiarante.

Allegato C

(Appendice punto 4 all. B)

Dott. Cognome _____ Nome _____

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SERVIZIO di MEDICINA DEI SERVIZI * : tipo attività: _____ presso
A.S.L. ** _____ Prov. di _____

Anno.....
Gennaio dal alore _____ Luglio dal al ore _____
Febbraio dal alore _____ Agosto dal al ore _____
Marzo dal alore _____ Settembre dal al ore _____
Aprile dal alore _____ Ottobre dal al ore _____
Maggio dal alore _____ Novembre dal al ore _____
Giugno dal alore _____ Dicembre dal al ore _____
Totale ore effettuate _____

Anno.....
Gennaio dal alore _____ Luglio dal al ore _____
Febbraio dal alore _____ Agosto dal al ore _____
Marzo dal alore _____ Settembre dal al ore _____
Aprile dal alore _____ Ottobre dal al ore _____
Maggio dal alore _____ Novembre dal al ore _____
Giugno dal alore _____ Dicembre dal al ore _____
Totale ore effettuate _____

SERVIZIO di GUARDIA MEDICA/CONTINUITA' ASSISTENZIALE svolta in forma attiva *
presso A.S.L.** _____ Prov. di _____

Anno.....
Gennaio dal alore _____ Luglio dal al ore _____
Febbraio dal alore _____ Agosto dal al ore _____
Marzo dal alore _____ Settembre dal al ore _____
Aprile dal alore _____ Ottobre dal al ore _____
Maggio dal alore _____ Novembre dal al ore _____
Giugno dal alore _____ Dicembre dal al ore _____
Totale ore effettuate _____

Anno.....
Gennaio dal alore _____ Luglio dal al ore _____
Febbraio dal alore _____ Agosto dal al ore _____
Marzo dal alore _____ Settembre dal al ore _____
Aprile dal alore _____ Ottobre dal al ore _____
Maggio dal alore _____ Novembre dal al ore _____
Giugno dal alore _____ Dicembre dal al ore _____
Totale ore effettuate _____

* per inserire ulteriori periodi di servizio il medico può fotocopiare il relativo prospetto
** inserire nell' allegato D i recapiti degli Enti indicati

SERVIZIO di EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE svolta in forma attiva *

presso A.S.L. ** _____ Prov. di _____

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 _____
				Totale ore effettuate _____			

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 _____
				Totale ore effettuate _____			

Il sottoscritto dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

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

*** inserire nell' allegato D i recapiti degli Enti indicati*

Data _____

Firma (2) _____

(1) *Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del D.P.R. 445/2000)*

(2) *Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento d'identità del dichiarante.*

Allegato D

Recapiti degli Enti/ASL/medici /Istituti più sopra indicati (per inserire ulteriori informazioni il medico può fotocopiare il presente prospetto)

Ai sensi della L. 12/11/2011, n. 183, recante modifiche al D.P.R. 445/2000 (T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa), le amministrazioni pubbliche sono tenute ad acquisire d'ufficio le informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive, previa indicazione, da parte dell'interessato, degli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti.

Ente/ASL/medico/Istituto _____
Indirizzo _____
C.A.P. _____ Comune di _____ Prov. _____
Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Ente/ASL/medico/Istituto _____
Indirizzo _____
C.A.P. _____ Comune di _____ Prov. _____
Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Ente/ASL/medico/Istituto _____
Indirizzo _____
C.A.P. _____ Comune di _____ Prov. _____
Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Ente/ASL/medico/Istituto _____
Indirizzo _____
C.A.P. _____ Comune di _____ Prov. _____
Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Ente/ASL/medico/Istituto _____
Indirizzo _____
C.A.P. _____ Comune di _____ Prov. _____
Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Ente/ASL/medico/Istituto _____
Indirizzo _____
C.A.P. _____ Comune di _____ Prov. _____
Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Ente/ASL/medico/Istituto _____
Indirizzo _____
C.A.P. _____ Comune di _____ Prov. _____
Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Ente/ASL/medico/Istituto _____
Indirizzo _____
C.A.P. _____ Comune di _____ Prov. _____
Tel./Fax _____ mail _____ PEC _____

Luogo e data _____ **Firma per esteso (I)** _____

(I) Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento d'identità del dichiarante.

Allegato E

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' (1)
ai sensi artt. 19 e 47 D.P.R. 445/2000**

Il sottoscritto Dott. nato a(prov.)
il..... residente a..... (prov.)
indirizzo.....

Consapevole che, ai sensi dell'art. 76 T.U. 445/2000, 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

che le fotocopie dei titoli allegati e sotto elencati, sono conformi agli originali in possesso del sottoscritto o depositati presso terzi (2):

documento 1: _____
Ente/Asl _____ indirizzo _____
CAP _____ Comune di _____ Prov. _____ tel./Fax _____
mail/PEC _____
note: _____

documento 2: _____
Ente/Asl _____ indirizzo _____
CAP _____ Comune di _____ Prov. _____ tel./Fax _____
mail/PEC _____
note: _____

documento 3: _____
Ente/Asl _____ indirizzo _____
CAP _____ Comune di _____ Prov. _____ tel./Fax _____
mail/PEC _____
note: _____

documento 4: _____
Ente/Asl _____ indirizzo _____
CAP _____ Comune di _____ Prov. _____ tel./Fax _____
mail/PEC _____
note: _____

documento 5: _____
Ente/Asl _____ indirizzo _____
CAP _____ Comune di _____ Prov. _____ tel./Fax _____
mail/PEC _____
note: _____

Luogo e data _____ Firma per esteso (3) _____

(1) A far data dal 1° gennaio 2012, ai sensi dell'art. 15 della L. 12/11/2011, n. 183, recante modifiche al D.P.R. 445/2000 (T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa), 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) Per inserire ulteriori informazioni il medico può fotocopiare il presente prospetto.

(3) Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento d'identità del dichiarante.

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 27 aprile 2016 n. 2016/679/UE e del Codice della Privacy (D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 come modificato dal D.lgs. 10 agosto 2018, n. 101) si informa che:

TITOLARE DEL TRATTAMENTO

- Titolare del trattamento dei dati è REGIONE LIGURIA (di seguito "Regione"), con sede in piazza De Ferrari 1 – 16121 Genova, tel. 01054851, fax 0105488742, pec: protocollo@pec.regione.liguria.it, sito web: www.regione.liguria.it. In tale veste è responsabile di garantire l'applicazione delle misure organizzative e tecniche necessarie e adeguate alla protezione dei dati;
- Responsabile del trattamento dei dati ai sensi degli artt. 37 e ss.mm. del Regolamento, è il Dirigente del Settore Rapporti di Lavoro e Contratti del Personale Dipendente e Convenzionato del S.S.R., domiciliato presso la sede della Regione.

RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Il Responsabile della Protezione dei Dati è la Dott.ssa Maria Franca Floris, Dirigente del Settore Privacy, che potrà essere contattato per questioni inerenti il trattamento dei dati dell'Interessato, ai seguenti recapiti Via Fieschi 15, tel. 0105484723, mail MariaFranca.Floris@regione.liguria.it ; rpd@regione.liguria.it; protocollo@pec.regione.liguria.it.

FINALITA' DEL TRATTAMENTO

I dati personali raccolti senza necessità del consenso (art. 6, comma 1 lett. e) saranno trattati esclusivamente per le finalità strettamente necessarie e connesse alla formazione della graduatoria regionale di medicina generale valida per l'anno 2020. Per tali finalità l'acquisizione dei dati è necessaria e il loro mancato conferimento, o una loro omissione, comporterà l'esclusione dalla procedura.

DESTINATARI

I seguenti soggetti riceveranno i dati personali in qualità di destinatari:

- **Liguria Digitale S.p.A.** con sede nel Parco Scientifico e Tecnologico di Genova – Via Melen n. 77, 16152 Genova, i cui dati di contatto sono: info@liguriadigitale.it e protocollo@pec.liguriadigitale.it, in qualità di responsabile del trattamento per la gestione e la manutenzione dei sistemi informativi regionali;
- **ASL 1** - Via Aurelia, 97 – 18038 Bussana di Sanremo (IM) – indirizzo PEC protocollo@pec.asl1.liguria.it .
ASL 2 –Via Manzoni, 14 – 17100 Savona (SV) – indirizzo PEC protocollo@pec.asl2.liguria.it .
ASL 3– Via Bertani, 4 - 16125 Genova (GE) – indirizzo PEC protocollo@pec.asl3.liguria.it .
ASL 4 —Via G.B. Ghio, 9 – 16043 Chiavari (GE) – indirizzo PEC protocollo.generale@pec.asl4.liguria.it
ASL 5 - Via XXIV Maggio139 – 19100 La Spezia (SP) - indirizzo PEC protocollo.generale@pec.asl5.liguria.it
- gli autorizzati dal titolare e dai sopra citati Responsabili.

ULTERIORI INFORMAZIONI

- il trattamento viene effettuato mediante strumenti cartacei, informatici, telematici o telefonici;
- 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 Liguria.

Data _____

Firma per esteso _____

AVVERTENZE
(leggere con attenzione e conservare)

1. Ai sensi del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Pediatri di libera scelta del 15/12/2005 e successive modificazioni ed integrazioni (rif. artt. 2 e Allegato 1 ACN PLS del 21/06/2018), i pediatri che aspirano all'iscrizione nella graduatoria regionale **valevole per l'anno 2020, devono presentare annualmente la propria domanda in bollo** (barrando la casella "**PRIMO INSERIMENTO**" in occasione di prima iscrizione o la casella "**INTEGRAZIONE TITOLI**" per le iscrizioni alle graduatorie degli anni successivi) 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. Possono chiedere l'iscrizione i familiari di cittadini europei non aventi la cittadinanza di uno Stato membro che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente, i cittadini di Paesi terzi che siano titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o che siano titolari dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria;
 - 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;
 - e. Possono presentare domanda entro il termine del 31/01/2019 i medici che nell'anno 2019 acquisiranno il diploma di specializzazione, che dovrà essere posseduto ed autocertificato entro il 15 settembre 2019 pena la non inclusione in graduatoria;
2. La Regione Liguria consente, ai sensi dell'art. 2 comma 1 punto 4 dell'ACN della Pediatria di libera scelta del 21/06/2018 che i pediatri, in sede di presentazione della domanda di iscrizione alla graduatoria regionale, possano esprimere la propria disponibilità ad essere inseriti nelle graduatorie aziendali, valevoli per l'anno 2020, di cui al successivo punto 7 del summenzionato art. 2 comma 1 dell'ACN, per l'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o per sostituzioni.
3. I pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato non possono fare domanda di inserimento nella graduatoria (art. 2 comma 1 punto 3, ACN per la Pediatria di libera scelta 21/06/2018)
4. I pediatri allegano alla domanda le dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio concernenti i titoli valutabili ai fini della graduatoria, di cui all'Allegato 1 dell'ACN della Pediatria di libera scelta del 21/06/2018. Possono presentare annualmente allegati integrativi dei titoli aggiuntivi rispetto a quelli precedentemente presentati.
5. La mancata sottoscrizione della domanda o delle dichiarazioni sostitutive, la trasmissione oltre il termine di scadenza (31/01/2019) comportano la non accettazione della domanda e quindi l'esclusione dalla graduatoria.
6. I titoli devono essere documentati:
 - a. con dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art. 46 DPR n. 445/2000 – Allegato A della modulistica di domanda, per titoli accademici e di studio;

- b. con dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, ai sensi dell'art. 47 DPR n. 445/2000 – Allegato B della modulistica domanda, per i titoli di servizio prestato presso una Amministrazione Pubblica o un gestore di Pubblico Servizio;
- c. mediante presentazione di fotocopia in carta semplice del titolo sia accademico e di studio sia di servizio, unitamente a dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (artt. 19 e 47 DPR 445/2000 – allegato C della modulistica di domanda);
- d. 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.

La domanda e le dichiarazioni sostitutive devono essere compilate in modo completo e leggibile.

Non saranno valutati i titoli accademici e di studio e i titoli di servizio non menzionati dall'Allegato 1 dell'A.C.N. della Pediatria di libera scelta del 21/06/2018, né quelli dichiarati in maniera incompleta o incomprensibile. Le dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto di notorietà dovranno pertanto indicare esattamente quanto richiesto (il numero di ore di attività svolte, il periodo di svolgimento, l'Azienda/Ente presso la quale è stata svolta l'attività, ecc.).

7. La conoscenza della lingua inglese (Allegato A) deve essere documentata dal possesso di Certificato non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE).
8. La conoscenza dei principali documenti informatici (Allegato A) deve essere documentata dal possesso della Patente Europea per l'utilizzo del PC (ECDL).
9. Ai fini dell'attribuzione del punteggio della graduatoria è possibile valutare solo i titoli accademici, di studio e di servizio posseduti al 31 dicembre 2018, nonché il diploma di specializzazione in pediatria, o discipline equipollenti, conseguito ed autocertificato entro il 15 settembre 2019.
10. Il pediatra è tenuto a prendere visione e sottoscrivere l'informativa resa per il trattamento dei dati personali di pagina 10 della modulistica di domanda.
11. Ai fini dell'iscrizione alla graduatoria regionale di Pediatria di libera scelta della Liguria, **valevole per l'anno 2020**, i pediatri interessati, in possesso dei requisiti summenzionati, devono presentare domanda **in regola con le vigenti norme in materia di imposta di bollo** (attualmente pari a € 16,00 salvo variazioni normative) entro e non oltre il **31 gennaio 2019**.

La domanda può essere trasmessa:

- **mediante spedizione tramite servizio postale con plico raccomandato**, al seguente indirizzo:
Regione Liguria – Dipartimento Salute e Servizi Sociali – Settore Rapporti di lavoro e contratti del Personale Dipendente e Convenzionato del SSR – Via Fieschi 15 – 16121 Genova.
- **consegnata a mano all'Ufficio Protocollo della Regione Liguria** – sito in Genova - Via Fieschi 15 – 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.
- **all'indirizzo di posta elettronica certificata** della Regione Liguria: **protocollo@pec.regione.liguria.it**. In tal caso la domanda deve essere corredata anche dell'**Allegato F**, debitamente compilato.

Ai fini dell'accoglimento della domanda farà fede il timbro postale, il timbro apposto sulla domanda dall'Ufficio Protocollo se consegnata a mano, o l'avviso di consegna se inviata per Posta Elettronica Certificata. La ricevuta rilasciata dall'Ufficio Postale, l'avviso di trasmissione della PEC e la fotocopia del frontespizio della domanda se consegnata a mano, saranno gli unici documenti atti a comprovare l'avvenuto recapito della domanda da parte del pediatra.

SI RACCOMANDA, PRIMA DELLA SPEDIZIONE/PRESENTAZIONE, DI PRODURRE E CONSERVARE SEMPRE LA FOTOCOPIA O LA SCANSIONE DELLA DOMANDA E RELATIVI ALLEGATI.

Ciò a titolo di promemoria di quanto dichiarato, al fine sia di verificare il punteggio attribuito dalla Regione, sia per evitare di ripetere, nelle successive domande, dichiarazioni di titoli accademici e di servizio già rese.

Il medico dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere accertate a seguito di controlli effettuati dalla Regione Liguria ai sensi al DPR 445/2000 e successive modificazioni ed integrazioni. **A tale proposito si richiamano le responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445.**

Si ricorda che, a far data dal 1° gennaio 2012, ai sensi dell'art. 15 della L. 12/11/2011, n. 183, recante modifiche al D.P.R. 28/12/2000, n. 445 (T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa) 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 dalle dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà. Conseguentemente le P.A. e i gestori di servizi non possono più accettarli né richiederli.

Per agevolare le procedure interne di controllo sulla veridicità della dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio, il pediatra deve compilare l'allegato D e può, inoltre, allegare copia fotostatica non autenticata dei certificati dei servizi obbligatoriamente dichiarati ai sensi del DPR. 445/2000, eventualmente posseduti.

In caso di dichiarazione delle sostituzioni del pediatra di libera scelta inferiori a tre giorni, che il titolare non è tenuto a comunicare all'Azienda ai sensi dell'art. 36 c. 1 dell'ACN 15/12/2005 e ss.mm.ii., è consigliabile che il pediatra sostituto richieda al sostituito l'attestazione di avvenuta sostituzione, con l'indicazione precisa delle date di inizio e fine periodo, da conservare ed esibire all'Amministrazione regionale in occasione di controlli sulla relativa dichiarazione sostitutiva di atto notorio, ai sensi del DPR 445/2000.

E' compito del pediatra iscritto alla graduatoria regionale informare tempestivamente le Aziende di interesse e la Regione circa l'eventuale variazione dei dati anagrafici.

I medici che intendono iscriversi **sia alla graduatoria regionale di pediatria di libera scelta che alla graduatoria regionale di medicina generale** devono utilizzare la relativa distinta modulistica e presentare le domande con spedizioni/invii separati.

Le **graduatorie regionali sono consultabili sul sito istituzionale** <https://www.regione.liguria.it/homepage/salute-e-sociale/sanita/avvisi-graduatorie/medicina-convenzionata/graduatorie-regionali-medici-e-pediatr.html> .

Si ricorda che, ai sensi dell'A.C.N., la Regione pubblica la graduatoria provvisoria sul sito istituzionale entro il 30 settembre 2019; nei 30 giorni successivi il pediatra, verificata la propria posizione, può presentare istanza di riesame in carta libera, via PEC * o raccomandata A/R.

*** AVVERTENZA IMPORTANTE PER L'INVIO DI PEC:**

L'invio di un mero messaggio via posta elettronica certificata senza file allegato/allegati non è accettato ai sensi del Regolamento regionale 2/2010. Qualora il messaggio abbia caratteristiche non conformi al predetto Regolamento, al mittente è inviato un messaggio di non accettazione (eccezione). In tal caso sarà necessario ripetere l'invio, spedendo il messaggio come allegato in formato PDF, preferibilmente PDF/A, e accertarsi dell'avvenuta ricezione da parte della Regione e dell'attribuzione del n. di protocollo. Per approfondimenti, si raccomanda di consultare il link seguente: <https://www.regione.liguria.it/pec.html>

Per ulteriori informazioni è possibile contattare i nr. telefonici: 010 5484843 – 010 5485091 dal lunedì al venerdì dalle 09:30 alle 12:30 o scrivere al seguente indirizzo mail: marcella.quintaba@regione.liguria.it

=====