REGIONE LIGURIA

GRADUATORIA REGIONALE DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
ANNO 2022

Art.15 così come modificato da art.2 e Allegato 1 A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i PLS, sancito con intesa in Conferenza Stato-Regioni del 21/06/2018

MARCA DA BOLLO **(per invio tramite PEC apporre la marca da bollo e compilare anche l'all. F)**

Spett.le Regione Liguria
Dipartimento Salute e Servizi Sociali
Settore Rapporti di Lavoro e Contratti del Personale dipendente e convenzionato del S.S.R.
Via Fieschi, 15
16121 – Genova GE

☐ **RACCOMANDATA**

☐ **Pec: protocollo@pec.regione.liguria.it**

☐ PRIMO INSERIMENTO ☐ INTEGRAZIONE TITOLI

Il/La sottoscritto/a Dott./.ssa _____ M |__| F |__|

c.f. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| **Nato/a il _____ a _____ Prov. ____**

Comune di residenza _____ Prov. _____ Indirizzo: _____

_____ n. _____C.A.P. _____ tel./cell. _____

e-mail _____ PEC _____ ***(cfr. punto 11 pag. 15 delle "Avvertenze")***

chiede

secondo quanto previsto dagli artt. 15 e 16 dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i PLS sancito con intesa in Conferenza Stato-Regioni del 29/07/2009 così come modificati da art. 2 e Allegato 1 dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i PLS sancito con intesa in Conferenza Stato-Regioni del 21/06/2018

l'inserimento nella graduatoria regionale della pediatria di libera scelta, valevole per l'anno 2022;

dichiara

☐ **di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta**
(Ai sensi dell'art. 2 comma 3 dell'A.C.N. 21/06/2018 "i pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato non possono presentare domanda di inserimento nella graduatoria e, pertanto, possono concorrere alla assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento").

☐ **di essere disponibile all'inserimento nelle graduatorie aziendali per l'eventuale conferimento di incarico provvisorio o per sostituzioni nelle seguenti Aziende del S.S.R. Liguria:** *(facoltativo,* ***cfr. punto 2 delle "Avvertenze")*****:**

☐**ASL 1 (Imperiese)** ☐**ASL 2 (Savonese)** ☐**ASL 3 (Genovese)** ☐**ASL 4 (Chiavarese)** ☐**ASL 5 (Spezzino)**

La presente domanda è corredata dalla seguente documentazione: ***(cfr. "Avvertenze" pag. 14 e succ.):***
- dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi art. 46 DPR 445/2000 - ***Allegato A*** *(pag.2);*
- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi art. 47 DPR 445/2000 - ***Allegato B*** *(pag.3 e succ.);*
- appendice al punto 4 All. B - ***Allegato C*** *(pag. 6 e succ.);*
- recapiti Enti/Aziende/Medici - ***Allegato D*** *(pag. 8);*
- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi artt.19 e 47 DPR 445/2000 - ***Allegato E*** *(pag. 9);*
- attestazione pagamento Imposta bollo - ***Allegato F*** (*pag. 10)* solo se la domanda viene spedita per Posta Elettronica Certificata
- informativa al trattamento dei dati personali *(pag. 11 e succ.)*
- copia fotostatica, fronte e retro, di documento di identità in corso di validità.

☐ **Prende atto che ogni comunicazione in merito verrà trasmessa da Regione Liguria agli indirizzi di PEC o mail sopra indicati.**

Data ..... **Firma per esteso** [(1)] ……

(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 A

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 445/2000

Il/La sottoscritto/a Dott./.ssa _____ c.f. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

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:

D I C H I A R A

1. di essere cittadino italiano ☐ dalla nascita / ☐ a far data dal ...../...../.....;
2. di essere cittadino di altro Stato membro dell'U.E., incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti (indicare lo Stato) ..... a far data dal ...../...../.....;
3. 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 ss.mm.ii. .....***(cfr. punto 1a. delle "Avvertenze");***

4. di essere in possesso del diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di ***.....**.… il ...../...../..... con voto …..... /110 o …...../100; con lode ☐ e di abilitazione conseguita in data……/…..…/…...… o sessione n. .....…. .anno ..... presso Università di *****…….....……;
5. di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di***** ..... dal ...../...../.....n°. iscriz. ..... ;

6. di essere in possesso della specializzazione in Pediatria o disciplina equipollente ai sensi della tabella B del D.M. 30/01/1998 (*specificare*): ……. conseguita presso l'Università di ***** ……. in data……/……/……. (svolgimento del corso di studi dal ……/……/……al ..…/……/..….) con voto…….. con lode ☐ ***(cfr.elenco p. 1d. delle "Avvertenze"); (p.4,00)***

7. di essere iscritto alla scuola di Specializzazione in pediatria o disciplina equipollente ai sensi della tabella B del D.M. 30/01/1998 (*specificare*): ……. presso l'Università di ***** ……. con previsione di conseguimento del titolo entro il 15 settembre 2021 e si impegna ad autocertificarne il possesso, ad avvenuto conseguimento, ai fini dell'inclusione in graduatoria **(*cfr.* p. 1e. *delle "Avvertenze")*** *(p.4,00);*

8. di essere in possesso di specializzazione in disciplina affine alla pediatria ai sensi della tabella B del D.M. 30/01/1998 *(specificare):*
   a) ……..… conseguita presso l'Università di***** ……il ……/……/……. (con frequenza del corso di studi dal……/……/…… al ……/……/……);
   b) ……..…… conseguita presso l'Università di***** ……il …../……/……. (con frequenza del corso di studi dal……/……/…… al …/……/……..) *(p. 2,00 per ciascuna specializzazione)*

9. di essere in possesso della/e seguente/i specializzazione/i in discipline diverse da quelle sopra indicate (*specificare*):
   a. ……..… conseguita presso l'Università di***** ……il ……/……/……. (con frequenza del corso di studi dal……/……/…… al ……/……/……..);
   b. ……..…… conseguita presso l'Università di***** ……..……il ……/……/……. (con frequenza del corso di studi dal……/……/…… al ……/……/……..);
   c. ……..…… conseguita presso l'Università di***** ……il ……/……/……. (con frequenza del corso di studi dal…/……/…… al …../……/……); *(p. 0,20 per ciascuna specializzazione)*

10. ****** ☐**di essere** ☐**di non essere** in possesso di certificato di conoscenza della lingua inglese conseguito il ...../..../..... presso ..... ***(allegare fotocopia - cfr. p. 7 "Avvertenze")*** (*p. 0,50);*
11. ****** ☐**di essere** ☐**di non essere** in possesso della Patente Europea per l'utilizzo del PC conseguita il ...../...../..... presso ..... ***(allegare fotocopia - cfr. p. 8 "Avvertenze")*** *(p. 0,25);*
12. ****** ☐**di fruire** ☐**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;
13. ****** ☐**di fruire** ☐**non fruire** di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente (tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici 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***

***** barrare obbligatoriamente una delle due opzioni***

(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/La sottoscritto/a Dott./.ssa _____ c.f. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

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 ss.mm.ii., con incarico a tempo indeterminato o provvisorio e per attività di sostituzione:*** *(punti 1,10 **per mese** di attività)***

N.B. per le sostituzioni inferiori ai 3 gg. che il pediatra titolare <u>non comunica</u> all'Azienda avvalendosi della facoltà di cui all'art. 36 c.1 dell'ACN, <u>è necessario farsi rilasciare dallo stesso l'attestazione di avvenuta sostituzione con l'indicazione precisa delle date di inizio e fine periodo,</u> da conservare ed esibire all'Amministrazione regionale in caso di controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di cui al T.U. n. 445/2000 (vds. pag. 16 delle Avvertenze).

dal ...../...../..... al ...../...../..... convenzione presso ASL .....…… Prov. .....
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. …..

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. …..

**** 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***

4. **Servizio <u>in forma attiva</u> 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* *(pag. 6 e succ.)*** *(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 AA.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 ...../...../.....
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** .....
dal ...../...../..... al ...../...../..... presso** .....
dal ...../...../..... al ...../...../..... presso** .....

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

A.S.L. **.....……. Prov. ……..... dal ...../...../..... al ...../...../.....
A.S.L. **.....……. Prov. ……..... dal ...../...../..... al ...../...../.....
A.S.L. **.....……. Prov. ……..... dal ...../...../..... al ...../...../.....
A.S.L. **.....……. Prov. ……..... dal ...../...../..... al ...../...../.....
A.S.L. **.....……. Prov. ……..... dal ...../...../..... al ...../...../.....
A.S.L. **.....……. Prov. ……..... dal ...../...../..... al ...../...../.....

E.O. **.....……. Prov. ……..... dal ...../...../..... al ...../...../.....
E.O. **.....……. Prov. ……..... dal ...../...../..... al ...../...../.....
E.O. **.....……. Prov. ……..... dal ...../...../..... al ...../...../.....
E.O. **.....……. Prov. ……..... dal ...../...../..... al ...../...../.....
E.O. **.....……. Prov. ……..... dal ...../...../..... al ...../...../.....
E.O. **.....……. Prov. ……..... dal ...../...../..... al ...../...../.....

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 **..... *(p. 0,05 per ciascun mese)*

**** 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***

La sottoscritta dichiara di aver usufruito di:

☐astensione **obbligatoria** per gravidanza e puerperio nei seguenti periodi di attività: *:

incarico di ..... presso Azienda ..... astensione dal ...../…...../…....al …...../…...../…....

incarico di ..... presso Azienda ..... astensione dal ...../…...../…....al …...../…...../…....

incarico di ..... presso Azienda ..... astensione dal ...../…...../…....al …...../…...../…....

☐astensione **anticipata** nei seguenti periodi di attività: *

incarico di ..... presso Azienda ..... astensione dal ...../…...../…....al …...../…...../…....

incarico di ..... presso Azienda ..... astensione dal ...../…...../…....al …...../…...../…....

incarico di ..... presso Azienda ..... astensione dal ...../…...../…....al …...../…...../…....

☐sospensione **facoltativa** per maternità nei seguenti periodi di attività: *

incarico di ..... presso Azienda ..... sospensione dal ...../…...../…....al …...../…...../…....

incarico di ..... presso Azienda ..... sospensione dal ...../…...../…....al …...../…...../…....

incarico di ..... presso Azienda ..... sospensione dal ...../…...../…....al …...../…...../…....

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre:

- ☐ **di non avere** ☐ **di avere** subìto provvedimenti di revoca del rapporto convenzionale di medico di medicina generale. In caso affermativo, indicare la data di revoca del rapporto convenzionale ...../...../....., l'Azienda che ha adottato il provvedimento ..... n. del provvedimento ..... in data ...../...../....., *
- che le notizie sopra riportate corrispondono al vero, (1)
- di aver preso visione dell'informativa al trattamento dei dati personali a pag. 11 e succ..

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.***

per inserire ulteriori periodi/informazioni il medico può fotocopiare il relativo prospetto

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

Allegato C

*(Appendice al punto 4. **Allegato B**)*

Dott./.ssa _____ c.f. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

SERVIZIO di MEDICINA DEI SERVIZI *:

Anno ..... A.S.L ..... **di .....

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 .....

Anno ..... A.S.L ..... **di .....

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 .....

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

Anno ..... A.S.L ..... **di .....

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 .....

Anno ..... A.S.L ..... **di .....

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 .....

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

SERVIZIO di <u>EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE svolta in forma attiva</u> *

Anno ..... A.S.L ..... **di .....

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 .....

Anno ..... A.S.L ..... **di .....

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 .....

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

Il/La sottoscritto/a dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero ***(1)***

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 D

Recapiti degli Enti/ASL/Istituti indicati nella presente domanda*

(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 .....

Data ..... **Firma per esteso (*1*) .....**

* ***per inserire ulteriori informazioni il medico può fotocopiare il presente prospetto***

(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 E

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

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa _____ c.f. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Nato/a 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: _____

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.

Allegato F

ATTESTAZIONE PAGAMENTO IMPOSTA DI BOLLO PER L'INVIO TRAMITE PEC

Spett.le
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 GE
protocollo@pec.regione.liguria.it

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa …….. c.f. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
nato/a a …… (Prov……) il ……..….
residente a …… (Prov. ……)
indirizzo …….

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

1. che la marca da bollo numero identificativo ……. figurante sul frontespizio (pag.1) della domanda di partecipazione alla graduatoria regionale della Pediatria di libera scelta della Regione Liguria, valevole per l'anno 2022, trasmessa via PEC in data ……. è conforme all'originale in proprio possesso;

2. di essere a conoscenza che l'autorità competente potrà effettuare controlli sulla pratica presentata, ai sensi del DPR 445/2000 e ss.mm.ii. e, pertanto, si impegna a conservare la suddetta marca n. …… in originale, debitamente incollata e annullata nell'apposito spazio di pag. 1 della domanda stessa, ed a renderla disponibile ai fini dei suddetti controlli.

Data ..... **Firma per esteso (*1*) .....**

(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.

INFORMATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali (GDPR).

Si informa che i dati personali, conferiti a Regione Liguria, come richiesto dal Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati Personali dell'UE (Reg. UE 2016/679, Articolo 13), sono oggetto di trattamento, sia in forma cartacea sia elettronica per le finalità di seguito descritte.

TITOLARE DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il Titolare del Trattamento è **Regione Liguria**, con sede in piazza De Ferrari 1 – 16121 Genova (tel. 01054851, pec: protocollo@pec.regione.liguria.it, sito web: ww.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 DELLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

La Regione Liguria ha nominato, ai sensi degli artt. 37 e ss. del Regolamento UE 2016/679, un Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) o Data Protection Officer (DPO), domiciliato presso la sede della Regione Liguria.
Il Responsabile della Protezione dei Dati potrà essere contattato per questioni inerenti il trattamento dei dati dell'interessato, ai seguenti recapiti: - (email): *rpd@regione.liguria.it*; - (PEC): *protocollo@pec.regione.liguria.it;* - (Centralino): telefono *+39010 548.51.*

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

1. Finalità del Trattamento

Il trattamento dei dati personali avverrà, per le finalità di seguito descritte, in conformità alla vigente normativa in materia di Privacy, pertanto Regione Liguria si impegna a trattarli secondo i principi di correttezza, liceità, trasparenza, nel rispetto delle finalità di seguito indicate, raccogliendoli nella misura necessaria ed esatta per il trattamento, utilizzandoli solo da personale allo scopo autorizzato.

2. Base Giuridica del Trattamento

La base giuridica del trattamento si identifica nell'art. 6 comma 1 lett. e) del Regolamento UE 2016/679; pertanto il trattamento dei dati personali dell'interessato viene effettuato da Regione Liguria per lo svolgimento di funzioni istituzionali e non necessita del consenso dell'interessato stesso.

Il trattamento avverrà in modalità cartacea e mediante strumenti informatici con profili di sicurezza e confidenzialità idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza nonché ad evitare accessi non autorizzati ai dati personali.

3. Dati Personali

Il trattamento dei dati personali, forniti dall'interessato a Regione Liguria, è svolto manualmente o mediante sistemi informatici e telematici, comunque idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza, ed è riferito, in relazione alle finalità di seguito indicate a tutte le operazioni necessarie coerentemente con gli obiettivi prefissati.

Nel dettaglio, i dati personali sono trattati nell'ambito delle attività della Regione Liguria esclusivamente per l'espletamento delle procedure relative alla formazione della graduatoria regionale di pediatria di libera scelta valevole per l'anno 2022.

Regione Liguria, inoltre, si impegna di informare l'interessato ogniqualvolta le finalità sopra esplicate dovessero cambiare, prima di procedere ad un eventuale trattamento ulteriore.

4. Natura del Trattamento

Il conferimento di tali dati è indispensabile per lo svolgimento delle procedure per la formazione della graduatoria regionale di pediatria di libera scelta valevole per l'anno 2021.

.

Il mancato conferimento comporterà l'impossibilità, per il pediatra, di essere iscritto nella graduatoria in argomento.

Il conferimento di ulteriori dati personali non richiesti direttamente dalla legge o da altra normativa potrà essere comunque necessario qualora tali dati personali siano connessi o strumentali all'instaurazione, attuazione o prosecuzione delle finalità sopra descritte; in tal caso l'eventuale rifiuto potrebbe comportare l'impossibilità di eseguire correttamente il rapporto in essere.

5. Modalità di Trattamento dei dati

Il trattamento avviene con strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati, nel rispetto di quanto previsto dal Capo II (Principi) e dal Capo IV (Titolare del trattamento e responsabile del trattamento) del Regolamento.

Il trattamento potrà essere effettuato anche attraverso strumenti automatizzati atti a memorizzare, gestire o trasmettere i dati stessi e, comunque, sarà eseguito nel rispetto delle disposizioni del Regolamento UE 2016/679, del D.lgs. 196/2003 (nella versione modificata dal D.lgs. 101/2018) e delle relative norme attuative.

Nel caso in cui siano acquisiti dati che la legge definisce "categorie particolari di dati personali", tali dati saranno trattati – oltre a quanto già precisato in via generale per tutti i dati – nel rispetto di quanto previsto dall'art. 9 del Regolamento.

6. Periodo di Conservazione dei dati

I dati forniti sono conservati per il periodo di tempo previsto dalla normativa che sottende il trattamento, anche tributaria e contabile; al termine di tale periodo, i dati personali saranno in tutto o in parte cancellati (ai sensi della normativa applicabile) o resi anonimi in maniera permanente.

7. Ambito di conoscibilità e comunicazione dati

I dati personali, inoltre, potranno essere comunicati, per le sopra citate finalità, alle seguenti categorie di soggetti:

- Liguria Digitale Spa, Parco Scientifico e Tecnologico di Genova – Via Melen 77, 16152 Genova, Telefono: 010-65451, Fax: 010-6545422, Mail: info@liguriadigitale.it ; posta certificata: protocollo@pec.liguriadigitale.it , quale Responsabile del Trattamento incaricato della gestione e manutenzione del sistema informativo regionale;
- 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 – 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
- altri responsabili quali soggetti eventualmente incaricati dal Titolare o sopracitato Responsabile per adempiere alla normativa vigente
- gli autorizzati dal Titolare e dai sopracitati Responsabili.

Con specifico riferimento a persone, società, associazioni o studi professionali che prestino servizi o attività di assistenza e consulenza o forniscano servizi alla Regione Liguria, con particolare, ma non esclusivo, riferimento alle questioni in materia tecnologica, contabile, amministrativa, legale, tributaria e finanziaria, essi saranno nominati, da parte di Regione Liguria, Responsabili del Trattamento dei dati personali ai sensi dell'Articolo 28 del Regolamento, mediante atto di nomina dedicato, con indicazione delle modalità di trattamento e delle misure di sicurezza che essi dovranno adottare per la gestione e la conservazione dei dati personali di cui la Regione Liguria è Titolare.

8. Trasferimento dei Dati all'Estero

La gestione e la conservazione dei dati personali avviene su server, ubicati all'interno dell'Unione Europea, di Regione Liguria e/o di società terze incaricate e debitamente nominate quali Responsabili del trattamento.

I dati non saranno oggetto di trasferimento al di fuori dell'Unione Europea. Resta in ogni caso inteso che Regione, ove si rendesse necessario, avrà la facoltà di spostare l'ubicazione dei server all'interno dell'Unione Europea e/o in Paesi extra-UE.

In tal caso, Regione Liguria assicura sin d'ora che il trasferimento dei dati Extra-UE avverrà in conformità agli artt. 44 ss. del Regolamento ed alle disposizioni di legge applicabili stipulando, se necessario, accordi che garantiscano un livello di protezione adeguato.

DIRITTI DEGLI INTERESSATI

Si informa che con riferimento ai dati trattati da Regione Liguria, l'interessato può esercitare in qualsiasi momento i diritti di cui agli articoli 15, 16, 17, 18 e 21 del Regolamento.

In particolare:

(a) ha la possibilità di ottenere da Regione Liguria la conferma dell'esistenza o meno dei dati personali che lo riguardano, ed in questo caso, l'accesso alle seguenti informazioni:

- Finalità del trattamento,
- Categorie di dati personali trattati,
- Destinatari o categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati, in particolare se destinatari di paesi terzi o organizzazioni internazionali;
- Periodo di conservazione dei dati personali previsto oppure, se non è possibile, i criteri utilizzati per determinare tale periodo;
- Qualora i dati non siano raccolti presso l'interessato, tutte le informazioni disponibili sulla loro origine;
- L'esistenza di un processo decisionale automatizzato ed, in tali casi, informazioni significative sulla logica utilizzata, nonché l'importanza e le conseguenze previste di tale trattamento per l'interessato;
- L'esistenza di garanzie adeguate ai sensi dell'articolo 46 relative al trasferimento verso paesi terzi o organizzazioni internazionali.

(b) In aggiunta, l'interessato ha il diritto di:

- Ottenere l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione dei Suoi dati, la cancellazione, nei termini consentiti dalla normativa, oppure chiedere che siano anonimizzati, la limitazione del trattamento, ed ha diritto di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi;
- Revocare il proprio consenso, qualora previsto;
- Proporre un reclamo all'Autorità di Controllo.

A tale scopo, Regione Liguria invita a presentare in maniera gratuita la richiesta per iscritto, comprensiva di data e firma, trasmettendola a mezzo e-mail, al seguente indirizzo di posta elettronica: rpd@regione.liguria.it e tramite Pec a: protocollo@pec.regione.liguria.it.

Si informa che Regione Liguria si impegna a rispondere alle richieste nel termine di un mese, salvo caso di particolare complessità, per cui potrebbe impiegare massimo 3 mesi. In ogni caso, Regione Liguria provvederà a spiegare il motivo dell'attesa entro un mese dalla richiesta.

L'esito della richiesta verrà fornito per iscritto o su formato elettronico. Nel caso sia richiesta la rettifica, la cancellazione nonché la limitazione del trattamento, Regione Liguria si impegna a comunicare gli esiti delle richieste a ciascuno dei destinatari dei dati, salvo che ciò risulti impossibile o implichi uno sforzo sproporzionato.

Si ricorda che la revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca. Regione Liguria specifica che può essere richiesto un eventuale contributo qualora le domande risultino manifestamente infondate, eccessive o ripetitive.

MODIFICHE ALLA PRESENTE INFORMATIVA

La presente informativa potrà subire delle variazioni. Si consiglia quindi di controllare regolarmente questa informativa e di riferirsi alla versione più aggiornata.

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 ss.mm.ii. (rif. art. 2 e all'Allegato 1 ACN PLS del 21/06/2018), i pediatri che aspirano all'iscrizione nella graduatoria regionale **devono presentare OGNI ANNO domanda in bollo** (barrando la casella "**PRIMO INSERIMENTO**" o "**INTEGRAZIONE TITOLI**" per l'iscrizione alle graduatorie degli anni successivi a quella di primo inserimento) 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 ss.mm.ii.:
      - 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 31 gennaio di ogni anno anche i pediatri che acquisiranno il diploma di specializzazione oltre tale termine, purché ne vengano in possesso e ne producano autocertificazione entro il 15 settembre dello stesso anno, pena l'esclusione dalla graduatoria. Il pediatra dovrà pertanto trasmettere a Regione Liguria, entro il 15 settembre 2021, la relativa autocertificazione mediante utilizzo di modello trasmesso dagli uffici regionali all'indirizzo e-mail indicato nella domanda. **Nel caso in cui i citati termini coincidano con giorno festivo, gli stessi si intendono prorogati al primo giorno feriale successivo.**

2. La Regione Liguria consente, ai sensi dell'art. 15, comma 4, ultimo capoverso 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 2022, di cui al successivo comma 7 del summenzionato art. 15 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. 15, comma 3 ACN per la Pediatria di libera scelta 21/06/2018).

4. Alla domanda devono essere allegate 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 e copia fotostatica di documento di identità fronte e retro in corso di validità.

5. La mancata sottoscrizione della domanda e/o delle dichiarazioni sostitutive, la trasmissione oltre il termine di scadenza, comportano la non accettazione della domanda e quindi l'esclusione dalla graduatoria.

6. Il possesso dei titoli per l'iscrizione nella graduatoria deve essere attestato:
   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 di 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. Nelle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto di notorietà dovrà pertanto essere indicato, con esattezza, 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 *(p. 10 **Allegato A**, pag. 2)* deve essere documentata allegando fotocopia di certificato di grado non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE).

8. La conoscenza dei principali programmi informatici *(p. 11 **Allegato A,** pag. 2)* deve essere documentata allegando fotocopia della Patente Europea per l'utilizzo del PC (ECDL).

9. Ai fini dell'attribuzione del punteggio nella graduatoria sono valutati il diploma di specializzazione in pediatria o disciplina equipollente conseguito ed autocertificato entro il 15 settembre 2021, nonché altri titoli accademici, di studio e di servizio posseduti al 31 dicembre 2020.

10. Il pediatra è tenuto a prendere visione dell'informativa al trattamento dei dati personali a pagina 11 e succ. della modulistica di domanda.

11. Ai fini dell'iscrizione alla graduatoria regionale di Pediatria di libera scelta della Liguria, **valevole per l'anno 2022,** 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)) **dal 1°gennaio 2021 al 1° febbraio 2021 (considerato che il 31 gennaio coincide con giorno festivo, il termine di presentazione della domanda è posticipato al primo giorno feriale successivo).**

12. 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.
    - **all'indirizzo di posta elettronica certificata** di Regione Liguria**: protocollo@pec.regione.liguria.it.** In tal caso la domanda deve essere corredata anche dell'***Allegato F,*** debitamente compilato.

La trasmissione della domanda mediante spedizione con posta elettronica certificata (PEC) deve avvenire mediante utilizzo di casella di posta elettronica certificata della quale il medico deve essere titolare.

Ai fini dell'accoglimento della domanda farà fede il timbro postale in caso di spedizione con plico raccomandato o l'avviso di consegna se inviata per Posta Elettronica Certificata. La **ricevuta** rilasciata dall'Ufficio Postale e **l'avviso di trasmissione della PEC**, saranno gli unici documenti atti a comprovare l'avvenuto recapito della domanda da parte del pediatra.

SI RACCOMANDA DI CONSERVARE SEMPRE LA FOTOCOPIA O, IN CASO DI TRASMISSIONE VIA PEC, LA SCANSIONE DELLA DOMANDA E RELATIVI ALLEGATI, a titolo di promemoria di quanto dichiarato, al fine sia di verificare il punteggio attribuito da Regione Liguria, sia per evitare di ripetere, nelle successive domande di integrazione, dichiarazioni di titoli accademici e di servizio già rese. L'originale della domanda inviata via pec deve essere conservato con la marca da bollo debitamente incollata e annullata nell'apposito spazio a pag. 1, per essere esibita in caso di controlli sull'assolvimento dell'imposta di bollo da parte dell'autorità competente ***(vd. Allegato E).***

Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere accertate a seguito di controlli effettuati da Regione Liguria ai sensi del 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 dichiarati ai sensi del DPR. 445/2000, eventualmente posseduti.

In caso di sostituzione di pediatra di libera scelta inferiore 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 necessario richiedere al pediatra sostituito la sottoscrizione di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà comprovante il servizio svolto con le date di inizio e fine periodo, da conservare ed esibire all'Amministrazione regionale in occasione di controlli ai sensi del DPR 445/2000 o allegare alla domanda.

È compito del pediatra iscritto alla graduatoria regionale informare tempestivamente Regione Liguria e le Aziende di interesse 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-pediatri.html .

Si ricorda che, ai sensi dell'A.C.N., Regione Liguria pubblicherà la graduatoria provvisoria sul sito istituzionale entro il 30 settembre 2021; nei 15 giorni successivi il pediatra, verificata la propria posizione, potrà presentare istanza di riesame in carta libera debitamente sottoscritta e datata, 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 di Regione Liguria 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 – 010 5485270 dal lunedì al venerdì dalle ore 10:00 alle ore 12:00 o scrivere alle seguenti mail: marcella.quintaba@regione.liguria.it - nathalie.bertoglio@regione.liguria.it

==========