



**REGIONE CAMPANIA**

*PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA*  
**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA  
GRADUATORIA REGIONALE ANNO 2020  
VALEVOLE PER L' ANNO 2021**

MARCA DA BOLLO

Regione Campania  
Assessorato alla Sanità  
Direzione generale per la tutela della salute ed il  
coordinamento del sistema sanitario regionale  
Napoli  
pec: [pediatria@pec.regione.campania.it](mailto:pediatria@pec.regione.campania.it)  
(l'invio deve avvenire esclusivamente tramite pec)

**PRIMO INSERIMENTO**

**INTEGRAZIONE TITOLI**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ sesso: M  F  codice  
fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
indirizzo: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ e-  
mail \_\_\_\_\_ Pec \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ secondo quanto previsto  
dall'art. 2 dell'A.C.N. per la pediatria di libera scelta del 21 giugno 2018 e s.m.i.,

**chiede**

l'inserimento nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta, a valere per l'anno \_\_\_\_\_.

**dichiara**

- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta;

- n. \_\_\_ dichiarazioni sostitutive di certificazione ;
- n. \_\_\_ dichiarazioni sostitutive dell'atto notorio;
- n. \_\_\_ altre certificazioni;

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata a:

- propria residenza;
- seguente indirizzo: Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

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 essere cittadino italiano;
- di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE (specificare) \_\_\_\_\_;
- di essere cittadino del seguente Stato \_\_\_\_\_ ed in possesso di uno dei requisiti di cui all'art.38, commi 1 e 3bis del D.lgs n.165/2001 e s.m.i. (cfr. punto 1a delle "Avvertenze Generali");
- di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l'Università di \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
- di essere in possesso della specializzazione in pediatria o discipline equipollenti (specificare) \_\_\_\_\_ ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 conseguita il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_ (cfr. punto 1d delle "Avvertenze Generali")
- 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 p.v. (cfr. punto 1d delle "Avvertenze Generali");
- 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 \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;

1) di essere in possesso di specializzazione in discipline diverse da quelle sopra indicate

(indicare la specializzazione): \_\_\_\_\_

conseguita il \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ con frequenza dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso

l'Università di \_\_\_\_\_ con frequenza

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

di essere in possesso di certificato di conoscenza della lingua inglese conseguito il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
(cfr. punto 7 delle "Avvertenze Generali");

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

Di aver optato per il rapporto di lavoro dipendente ai sensi della Legge 423/93 e di aver esercitato come pediatra di libera scelta nell'ambito territoriale....., con sede principale di ubicazione dello studio in Via/Piazza.....

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 \_\_\_\_\_

**Allegato B**

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà**

(art. 47 DPR n. 445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_  
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**

il possesso dei seguenti titoli di servizio:

Attività di specialista pediatra di libera scelta convenzionato ai sensi dell'articolo 48 della Legge 23 dicembre, 1978, n.833, e dell'articolo 8, comma 1, del D.lgs.30 dicembre 1992, n.502 e sm.i., con incarico a tempo indeterminato o provvisorio e per attività di sostituzione di pediatria:  
(1,10 punti per mese di attività):

- dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_

Attività di sostituzione per attività sindacale del pediatra di libera scelta titolare  
(1,10 punti per mese ragguagliato a 96 ore mensili di attività):

- dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_
- dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_
- dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_
- dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_
- dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_
- dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_
- dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_
- dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_
- dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_
- dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

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 mensili di attività):

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_

Servizio di medico incaricato di assistenza primaria:

(0,10 punti per mese di attività):

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_

Servizio di sostituzione di medico di assistenza primaria:

(0,10 punti per mese di attività):

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ medico \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ medico \_\_\_\_\_

Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende:(0,10 punti per mese di attività):

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_

Servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia:(0,05 punti per mese di attività):

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Attività di specialista pediatra svolta all'estero ai sensi della Legge 11 agosto 2014, n.125; della Legge 10 luglio 1960, n.735 e s.m. e del decreto ministeriale 1°settembre 1988, n.430:  
(0,10 punti per mese di attività):

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Presso \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Presso \_\_\_\_\_

(\*) 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, vistati per conferma dalla competente autorità consolare italiana all'estero.

Per i servizi sanitari prestati all'estero per i quali è previsto uno specifico provvedimento di riconoscimento (art.124, comma 2, decreto legislativo 112/1998) è necessario allegare copia di detto provvedimento.

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

dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ presso \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

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).

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_(2)

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

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

## AVVERTENZE GENERALI

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:

- 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;
- diploma di laurea in Medicina e Chirurgia;
- iscrizione all'Albo professionale;
- 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.:
  1. clinica pediatrica
  2. neonatologia
  3. pediatria e puericoltura
  4. pediatria preventiva e puericoltura
  5. pediatria preventiva e sociale
  6. pediatria sociale e puericoltura
  7. puericoltura
  8. puericoltura ed igiene infantile
  9. puericoltura, dietetica infantile ed assistenza sociale dell'infanzia
  10. puericoltura e dietetica infantile
- Possono presentare domande i medici che nell'anno acquisiranno il diploma di specializzazione, che dovrà essere posseduto ed autocertificato entro il 15 settembre p.v.;
- 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)
- I pediatri allegano unitamente alla domanda le dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio concernenti i titoli valutabili ai fini della graduatoria. Possono presentare annualmente allegati integrativi dei titoli aggiuntivi rispetto a quelli precedentemente presentati.
- La domanda, in bollo, deve essere trasmessa con modalità telematica definita dalla Regione entro il 31 gennaio di ogni anno all'Assessorato Regionale alla Sanità o all'Azienda Sanitaria individuata. Sono fatte salve differenti modalità di trasmissione disposte dalla Regione.
- La mancata sottoscrizione della domanda o della dichiarazione sostitutiva, la trasmissione oltre il termine di scadenza comportano l'esclusione dalla graduatoria.

I titoli devono essere documentati:

- 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;
- 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;
- 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 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 del corrente anno.

## Informativa resa all'interessato per il trattamento di dati personali.

Ai sensi del Regolamento Europeo 27 aprile 2016 n.2016/679/UE e del Codice della Privacy, D.Lgs. 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 di libera scelta valida per l'anno\_. 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.
- 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 ;
- Titolare del trattamento dei dati è la Regione Campania
  - Responsabile del trattamento dei dati è la Regione Campania
  - Si autorizza l'Amministrazione al trattamento dei propri dati personali.

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

Firma \_\_\_\_\_