



REGIONE MOLISE
Direzione Generale per la Salute
Servizio Supporto al Direttore
Generale, Risorse Umane del
S.S.R. , Formazione, E.C.M.

PEC: regionemolise@cert.regione.molise.it

DOMANDA DI INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA REGIONALE DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
VALIDA PER L'ANNO 2021

Il/La sottoscritto/a, secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Pediatri di Libera Scelta 29 luglio 2009 e s.m.i., chiede di essere inserito/a nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta, valevole per l'anno 2021 (barrare se trattasi di domanda di primo inserimento o di integrazione titoli):

PRIMO INSERIMENTO

in possesso del diploma di specializzazione in pediatria o equipollente

diploma di specializzazione in pediatria o equipollente da acquisire, autocertificare e trasmettere a mezzo PEC entro il 15 settembre 2020

INTEGRAZIONE TITOLI

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 e ss.mm.ii.,

dichiara

sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci, formazione o uso di atti falsi, previste dall'art. 76 del citato D.P.R.:

Dati anagrafici

Cognome Nome
nato/a a Prov.
il Codice Fiscale
Comune di residenza..... Prov.
Indirizzo n. CAP
Indirizzo e-mail Indirizzo PEC
Recapito telefonico

Indirizzo presso il quale inviare eventuali comunicazioni:

la propria residenza
 il domicilio sotto indicato:
c/oComuneProv.
Indirizzo n. CAP
Indirizzo e-mail Indirizzo PEC
Recapito telefonico

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

3. Servizio in forma attiva nella medicina dei servizi o svolto, anche a titolo di sostituzione, nei servizi di guardia medica e di continuità assistenziale, nell'emergenza sanitaria territoriale, di assistenza primaria (0,10 punti per mese ragguagliato a 96 ore di attività):

ANNO _____ **Azienda Sanitaria Locale** _____

Gennaio	dal _____	al _____	ore _____	attività _____
Febbraio	dal _____	al _____	ore _____	attività _____
Marzo	dal _____	al _____	ore _____	attività _____
Aprile	dal _____	al _____	ore _____	attività _____
Maggio	dal _____	al _____	ore _____	attività _____
Giugno	dal _____	al _____	ore _____	attività _____
Luglio	dal _____	al _____	ore _____	attività _____
Agosto	dal _____	al _____	ore _____	attività _____
Settembre	dal _____	al _____	ore _____	attività _____
Ottobre	dal _____	al _____	ore _____	attività _____
Novembre	dal _____	al _____	ore _____	attività _____
Dicembre	dal _____	al _____	ore _____	attività _____

4. Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende Sanitarie Locali (0,10 per mese):

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

5. Servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina (0,05 per mese):

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

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 modificazioni, e del decreto ministeriale 1° settembre 1988, n. 430 (0,10 punti per mese):

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 (0,05 punti per mese):

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

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 _____

Il sottoscritto dichiara inoltre:

- di non aver avere subito provvedimenti di revoca del rapporto convenzionale di medico di pediatria.

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.

Allegati:

- copia di documento di identità in corso di validità
- certificato di conoscenza della lingua inglese (QCE);
- patente europea per l'utilizzo del P.C: (ECDL);
- n. copie fotostatiche di certificati di servizio
- n. fogli relativi a titoli accademici e/o di attività.

Data _____

Firma

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI 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 medicina generale valida per l'anno 2021. Per tali finalità l'acquisizione dei dati è necessaria e il loro mancato conferimento, o una loro omissione, può comportare l'esclusione dalla procedura;
- il trattamento viene effettuato mediante strumenti cartacei e informatici;
- il Titolare del trattamento dei dati personali di cui alla presente Informativa è la Regione Molise, con sede in Campobasso, Via Genova n.11, c.a.p. 86100, nella persona del Presidente della Giunta regionale pro-tempore, quale Rappresentante legale, indirizzo PEC: regionemolise@cert.regione.molise.it;
- il Responsabile della Protezione dei dati Personali (RDP – DPO), giusta deliberazione della Giunta regionale n. 243 del 24 maggio 2018, pubblicata nel B.U.R.M. n. 35 del 1° giugno 2018, è l'architetto Marcello Vitiello, dirigente della Regione Molise, contattabile all'indirizzo e-mail: dpo@regione.molise.it; telefono 08744291;
- i dati saranno conservati presso gli archivi cartacei e/o informatizzati esistenti presso la Direzione Generale per la Salute – Servizio Supporto al Direttore Generale, Risorse Umane del S.S.R., Formazione, E.C.M. – Via N. Sauro, 1 – Campobasso. Essi saranno conservati per il periodo di tempo stabilito dalle norme in materia di conservazione di atti e documenti della Pubblica Amministrazione;
- l'interessato ha diritto di accedere ai dati che lo riguardano;
- i dati relativi al nominativo dell'istante ed al punteggio saranno pubblicati sul sito istituzionale e nel Bollettino

Ufficiale della Regione Molise; gli altri dati possono essere comunicati, per finalità istituzionali e in base a disposizioni di legge, alle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale;

- i dati raccolti, fatta salva la pubblicazione e le comunicazioni di cui sopra, non saranno diffusi e non saranno oggetto di comunicazione a soggetti diversi da quelli abilitati al trattamento senza suo esplicito assenso.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____

dichiara

di aver preso visione dell'informativa che precede ed esprime il consenso al trattamento dei dati.

Luogo e data _____

Firma
