

Serie Avvisi e Concorsi n. 52 - Mercoledì 28 dicembre 2022

Comunicato regionale 20 dicembre 2022 - n. 129**Direzione generale Welfare - Pubblicazione dei fac-simili delle domande per l'inserimento nelle graduatorie regionali dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta valide per l'anno 2024**

DIREZIONE GENERALE WELFARE

Le domande per il primo inserimento o integrazione titoli nelle graduatorie regionali della Medicina Generale, della Pediatria di libera scelta valide per l'anno 2024 dovranno essere presentate **entro il 31 gennaio 2023**.

Si precisa che il Medico/Pediatra che intende restare in graduatoria regionale deve presentare ogni anno la domanda per l'aggiornamento del punteggio.

I medici che aspirano ad essere inseriti nelle graduatorie regionali di Medicina generale devono possedere alla data di scadenza del termine per la presentazione della domanda (31 gennaio 2023) i seguenti requisiti:

- cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti;
- non trovarsi nelle condizioni di cui all'art 21, comma 2 del vigente ACN:
 - lettera f) fruire del trattamento di invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15/10/1976 del Ministero del Lavoro e della previdenza sociale;
 - lettera j) fruire del trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei Medici che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM o che fruiscono dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP), di cui all'Allegato 5 dello stesso ACN;
- iscrizione all'Albo Professionale (Ordine dei medici);
- attestato di formazione specifica in medicina generale di cui DD.Lgs. n. 256/91 e n. 368/99 e n. 277/2003, oppure essere in possesso dell'abilitazione in Medicina e chirurgia acquisita entro il 31/12/1994 (art. 30 del D.Lgs. n. 368/1999).

I Medici che chiedono l'inserimento nel settore dell'Emergenza Sanitaria Territoriale devono possedere anche l'Attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di Emergenza, ai sensi dell'art. 96 del D.P.R. n. 270/2000.

I Pediatri che aspirano ad essere inseriti nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta devono possedere alla data di scadenza del termine per la presentazione della domanda (31 gennaio 2023) i seguenti requisiti:

- cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti;
- non trovarsi nelle condizioni di cui all'art 20, comma 1 del vigente ACN:
 - lettera g) fruire del trattamento di invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15/10/1976 del Ministero del Lavoro e della previdenza sociale;
 - lettera k) fruire del trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei Pediatri che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM o che fruiscono dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP), di cui all'Allegato 5 dello stesso ACN;
- iscrizione all'Albo Professionale (Ordine dei medici);
- diploma di specializzazione in Pediatria o discipline equipollenti:
 - 1) pediatria;
 - 2) clinica pediatrica;
 - 3) neonatologia;
 - 4) pediatria e puericultura;
 - 5) pediatria preventiva e puericultura;
 - 6) pediatria preventiva e sociale
 - 7) pediatria sociale e puericultura
 - 8) puericultura
 - 9) puericultura ed igiene infantile
 - 10) puericultura, dietetica infantile ed assistenza sociale dell'infanzia
 - 11) puericultura e dietetica infantile.

La domanda di inserimento e di aggiornamento deve essere in regola con l'imposta di bollo.

La marca da bollo presente sulla domanda dovrà essere annullata (cioè siglata). Sarà verificato il corretto utilizzo della marca da bollo: in caso di plurimo utilizzo della stessa in più domande verrà considerata valida esclusivamente la prima domanda ricevuta. Si ricorda che tale comportamento è passibile di denuncia.

Sommario allegati:

- domanda per i Medici di Medicina Generale;
- domanda per i Pediatri di libera scelta;
- dichiarazione sostitutiva di certificazione;
- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà;
- informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali.

Si indica come esclusiva modalità di presentazione delle domande **l'invio a mezzo Posta Elettronica Certificata all'indirizzo PEC dell'ATS:**

1. per i medici e pediatri **residenti nella Regione Lombardia** la domanda va inviata via PEC alla ATS di residenza secondo l'elenco delle sedi territoriali indicate nella tabella di seguito riportata;
2. per i medici e pediatri **residenti in altre Regioni** la domanda dovrà essere inviata via PEC esclusivamente alle ATS di riferimento indicate nella tabella sempre di seguito riportata:

ATS	Sedi territoriali a cui indirizzare le domande	Regione di residenza
BERGAMO	VIA GALLICCIOLLI, 4 24121 BERGAMO protocollo@pec.ats-bg.it 035 - 385295/385194	MOLISE
BRESCIA	Viale Duca Degli Abruzzi, 15 - 25124 BRESCIA protocollo@pec.ats-brescia.it 030-3838953 / 030-3839244	FRIULI VENEZIA GIULIA
INSUBRIA	VIA OTTORINO ROSSI, 9 21100 VARESE protocollo@pec.ats-insubria.it 0332/277439-442 (ambiti sede Territoriale di Varese) 031/370306 (ambiti sede Territoriale di Como)	LAZIO LIGURIA TOSCANA MARCHE
BRIANZA	Sede Territoriale di Lecco C.SO CARLO ALBERTO,120 - 23900 LECCO protocollo@pec.ats-brianza.it tel. 0341 - 482212/482295/482523	CALABRIA
	Sede Territoriale di Monza VIALE ELVEZIA, 2 20052 MONZA protocollo@pec.ats-brianza.it tel. 039 - 2384846/2384883	BOLZANO
VAL PADANA	Sede Territoriale di Cremona VIA SAN SEBASTIANO, 14 26100 CREMONA protocollo@pec.ats-valpadana.it 0372 - 497.359	BASILICATA VENETO
	Sede Territoriale di Mantova VIA DEI TOSCANI, 1 46100 MANTOVA protocollo@pec.ats-valpadana.it 0376/334.548	ABRUZZO PIEMONTE

CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO	Sede Territoriale ex ASL Milano ed ex ASL Milano 2 - Milano 1 ed ex ASL Lodi Sede legale CORSO ITALIA, 52 20122 MILANO protocollogenerale@pec.ats-milano.it 02/85783323	EMILIA ROMAGNA CAMPANIA TRENTINO VALLE D'AOSTA
PAVIA	VIALE INDIPENDENZA, 3 27100 PAVIA protocollo@pec.ats-pavia.it 0382-431245	SARDEGNA
MONTAGNA	Sede Territoriale di Sondrio VIA NAZARIO SAURO, 38 23100 SONDRIO protocollo@pec.ats-montagna.it Tel. 0342-555718	UMBRIA PUGLIA
	Sede Territoriale Valcamonica VIA NISSOLINA, 2 25043 BRENO - BS protocollo@pec.ats-montagna.it Tel. 0364-329217	SICILIA

La domanda deve essere firmata, a pena di inammissibilità, digitalmente o con firma autografa (in quest'ultimo caso, in luogo dell'autenticazione della firma, allegare fotocopia semplice di un documento di identità).

Ai fini della graduatoria sono valutati solo i titoli di servizio posseduti alla data del 31 Dicembre 2022.

Per l'accoglimento della domanda farà fede la data delle ricevute di accettazione e di avvenuta consegna della PEC.

L'iscrizione alle graduatorie è valida esclusivamente per l'anno di riferimento e la domanda di inserimento/aggiornamento deve essere presentata ogni anno.

Il medico che sia iscritto nella graduatoria regionale valida per l'anno 2023 deve dichiarare solo il possesso dei titoli di servizio acquisiti nel corso dell'anno 2022 nonché eventuali titoli di servizio non presentati nelle graduatorie precedenti.

Per i titoli di studio conseguiti all'estero indicare gli estremi del provvedimento di riconoscimento di equipollenza rilasciato dal Ministero della Salute.

Nota Bene (MMG)

1 - Ai sensi dell'art. 19 - comma 8 - dell'Accordo collettivo nazionale vigente della Medicina Generale i medici già titolari di incarico a tempo indeterminato per un settore dello stesso ACN, possono partecipare per graduatoria regionale solo in un settore diverso da quello in cui sono titolari.

2 - I titoli di servizio non sono cumulabili se riferiti ad attività svolte nello stesso periodo, ad eccezione della reperibilità di cui al comma 1, punto II, lettera j) del presente articolo. In caso di servizi concomitanti è valutato quello che comporta il punteggio più alto. Le attività di servizio eventualmente svolte durante il corso di formazione specifica in medicina generale non sono valutabili, fatta eccezione per le attività di cui al comma 1, punto II, lettera s) del presente articolo. Il punteggio per attività di servizio eventualmente svolte durante il corso di specializzazione è alternativo a quello riconosciuto al comma 1, punto I, lettere d) ed e) del presente articolo (art. 20, comma 5, ACN vigente).

3 - Eventuali periodi di sospensione dall'attività convenzionale non concorrono al computo, ad eccezione del periodo di astensione obbligatoria o anticipata per gravidanza e puerperio (art. 20, comma 4, ACN vigente).

6 - A parità di punteggio complessivo in graduatoria prevalgono nell'ordine, la minore età, il voto di laurea e l'anzianità di laurea.

Nota Bene (PLS)

1 - Ai sensi dell'art. 19 - comma 3 - dell'Accordo collettivo nazionale vigente della pediatria di

libera scelta, i pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato ai sensi dello stesso Accordo, non possono fare domanda di inserimento nella graduatoria e, pertanto, possono concorrere alla assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.

2 - Ai sensi dell'Allegato 4, comma 3 dell'Accordo collettivo nazionale vigente della pediatria di libera scelta, i titoli di servizio non sono cumulabili se riferiti ad attività svolte nello stesso periodo. In tal caso è valutato il titolo che comporta il punteggio più alto. Le attività di servizio eventualmente svolte durante la scuola di specializzazione in pediatria o equipollente non sono valutabili. Il punteggio per attività di servizio eventualmente svolto durante le scuole di specializzazione è alternativo a quello riconosciuto al comma 1, punto I, lettere b) e c) dello stesso Allegato.

3 - A parità di punteggio complessivo in graduatoria prevalgono nell'ordine, anzianità di specializzazione, voto di specializzazione e minore età.

Si precisa che potranno iscriversi in graduatoria anche i medici che acquisiranno entro il 15/09/2023 l'attestato di formazione in medicina generale o il diploma di specializzazione in Pediatria o discipline equipollenti (**il titolo andrà fatto pervenire entro il 15/09/2023 anche tramite l'autocertificazione**).

I fac-simile delle domande potranno essere scaricati anche dal sito internet www.regione.lombardia.it . / servizi e informazioni / enti e operatori / sistema welfare / Personale del sistema sanitario e sociosanitario, convenzionati e formazione continua / pubblicazione graduatorie medicina convenzionata.

Rosetta Gagliardo

— • —

- n. ____ dichiarazioni sostitutive dell'atto notorio;
- n. ____ altre certificazioni;

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata a:

- indirizzo PEC _____

Data.....Firma (*).....

(*) È prevista la firma digitale. Eventualmente, in caso di firma autografa, in luogo dell'autenticazione della firma, allegare fotocopia semplice di un documento di identità.

Ai sensi del Regolamento dell'Unione Europea numero 910/2014, cosiddetto regolamento "eIDAS" (electronic IDentification Authentication and Signature - Identificazione, Autenticazione e Firma elettronica), la sottoscrizione della documentazione utile alla partecipazione al bando dovrà essere effettuata o con firma digitale o firma elettronica qualificata o firma elettronica avanzata. È ammessa quindi anche la firma con Carta Regionale dei Servizi (CRS) o Carta Nazionale dei Servizi (CNS), purché generata attraverso l'utilizzo di una versione del software di firma elettronica avanzata aggiornato a quanto previsto dal Decreto del Consiglio dei Ministri del 22/2/2013 "Regole tecniche in materia di generazione, apposizione e verifica delle firme elettroniche avanzate, qualificate e digitali, ai sensi degli articoli 20, comma 3, 24, comma 4, 28, comma 3, 32, comma 3, lettera b) , 35, comma 2, 36, comma 2, e 71".

Allegato A

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(art. 46 DPR n. 445 del 28/12/2000)

La/Il sottoscritta/o Dr.ssa/Dr. _____

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 cittadina/o italiano;
- di essere cittadina/o di altro Paese appartenente alla UE (specificare) _____;
- di essere cittadina/o 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 ___/___;*
*occorre specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110
- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale il ___/___/___ presso l'Università di _____; (se prevista)
- di essere iscritta/o all'Ordine dei Medici di _____ dal _____
- di essere in possesso del titolo di formazione specifica in medicina generale (D.lgs 368/99 e s.m.i.) conseguito il ___/___/___ presso la Regione _____;
data di inizio corso ___/___/___ data di fine corso ___/___/___
- di essere iscritta/o al corso di formazione specifica in medicina generale del triennio ___/___/___ iniziato il ___/___/___ presso la Regione _____ 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 medicina generale, o disciplina equipollente o affine: (indicare la specializzazione)
_____ conseguita il ___/___/___ presso l'Università di _____ con frequenza dal ___/___/___ al ___/___/___;
_____ conseguita il ___/___/___ presso l'Università di _____ con frequenza dal ___/___/___ al ___/___/___;
_____ conseguita il ___/___/___ presso l'Università di _____ con frequenza dal ___/___/___ al ___/___/___;
- di essere in possesso di certificato di conoscenza della lingua inglese conseguito il ___/___/___ presso _____;
(cfr. punto 5 delle "Avvertenze Generali");
- di essere in possesso della Patente Europea per l'utilizzo del PC conseguita il ___/___/___ presso _____;
- di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza sanitaria territoriale conseguito presso _____ il ___/___/___;
- 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 medici che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" 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)

La/Il sottoscritta/o Dr.ssa/Dr. _____

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 medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta (denominata "assistenza primaria" fino al 27/04/2022), con incarico a tempo indeterminato o con incarico provvisorio, prestata nell'ambito della Regione _____:

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

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

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

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

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

Attività di medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta (denominata "assistenza primaria" fino al 27/04/2022), con incarico a tempo indeterminato o con incarico provvisorio, prestata nell'ambito di altra Regione (*specificare*) _____:

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

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

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

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

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

Attività di sostituzione del medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta (denominata "assistenza primaria" fino al 27/04/2022) solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi:

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ medico _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ medico _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ medico _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ medico _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ medico _____

Stessa attività di cui al punto precedente dovuta ad attività sindacale del titolare, anche se di durata inferiore a 5 gg.:

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ medico _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ medico _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ medico _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ medico _____

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ medico _____

Attività di sostituzione del titolare effettuata su base oraria:

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ medico _____ ore _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ medico _____ ore _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ medico _____ ore _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ medico _____ ore _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ medico _____ ore _____

Servizio effettivo di medico del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria (denominata "continuità assistenziale" fino al 27/04/2022), con incarico a tempo indeterminato, determinato, provvisorio o di sostituzione:

Anno: _____ Azienda _____

Gennaio	dal ___/___/___/ore _____	Luglio	dal ___/___/___/ore _____
Febbraio	dal ___/___/___/ore _____	Agosto	dal ___/___/___/ore _____
Marzo	dal ___/___/___/ore _____	Settembre	dal ___/___/___/ore _____
Aprile	dal ___/___/___/ore _____	Ottobre	dal ___/___/___/ore _____
Maggio	dal ___/___/___/ore _____	Novembre	dal ___/___/___/ore _____
Giugno	dal ___/___/___/ore _____	Dicembre	dal ___/___/___/ore _____

Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato, provvisorio o di sostituzione nella emergenza sanitaria territoriale:

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

Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato o di sostituzione nella medicina dei servizi territoriali:

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____

Servizio effettivo di medico di assistenza penitenziaria / in rapporto di convenzionamento con il SSN presso gli Istituti penitenziari, a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione:

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____

Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari sia a tempo indeterminato che di sostituzione per conto del Ministero di Giustizia, ai sensi della Legge 9 ottobre 1970, n.740:

dal ___/___/___ al ___/___/___ Istituto _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Istituto _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Istituto _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Istituto _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Istituto _____

Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate:

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____

Attività medica di assistenza ai turisti organizzata dalle Regioni o dalle Aziende (svolta a periodi mensili o ad ore):

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____

Turni di reperibilità programmata nei servizi territoriali, di continuità dell'assistenza o di emergenza sanitaria territoriale, ai sensi dell'ACN della medicina generale:

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____

Attività, anche in forma di sostituzione, di medico pediatra di libera scelta, se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi:

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ pediatra _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ pediatra _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ pediatra _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ pediatra _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ pediatra _____

Medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna; medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici; medico generico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato per il servizio di assistenza ai naviganti:

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

Servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) anche in qualità di Ufficiale Medico di complemento e per un massimo di 12 mesi, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia:

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

Servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) anche in qualità di Ufficiale Medico di complemento, svolto in concomitanza di incarico convenzionale conferito da Azienda Sanitaria nell'area della medicina generale e solo per il periodo concomitante con tale incarico:

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

Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della Legge n.64/2001, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia:

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

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

Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale, ai sensi della Legge n.64/2001, svolto in concomitanza di incarico convenzionale conferito da Azienda Sanitaria nell'area della medicina generale e solo per il periodo concomitante con tale incarico:

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

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

Attività di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo, di medico della Polizia di Stato:

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

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

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

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

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

Servizio prestato presso aziende termali (con le modalità di cui all'art.8 della Legge 24 ottobre 2000 n. 323) equiparato all'attività di continuità assistenziale: (*)

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

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

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

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

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

(*) servizio prestato presso aziende termali private accreditate in qualità di dipendente a tempo pieno, con rapporto di lavoro esclusivo e orario non inferiore a 35 ore settimanali.

Servizio effettivo, svolto in paesi dell'Unione Europea, riconducibile all'attività di medico di medicina generale di cui all'ACN per la medicina generale; servizio prestato ai sensi della Legge 11 agosto 2014, n.125 ed assistenza sanitaria prestata da medici italiani ai sensi del Decreto Ministeriale 1 settembre 1988, n. 430: (*)

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

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

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

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 prestata durante il periodo di affiancamento previsto dalla procedura di ricambio generazionale (APP) nell'ambito della Regione _____:

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

Attività prestata durante il periodo di affiancamento previsto dalla procedura di ricambio generazionale (APP) nell'ambito di altra Regione (*specificare*) _____:

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

Attività svolta con incarico temporaneo di assistenza primaria a ciclo di scelta (c.d. Decreto "Semplificazione" e c.d. Decreto " Calabria") durante il periodo di frequenza del corso di formazione specifica di medicina generale:

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

Attività svolta con incarico temporaneo di assistenza primaria ad attività oraria (c.d. Decreto "Semplificazione" e c.d. Decreto " Calabria") durante il periodo di frequenza del corso di formazione specifica di medicina generale:

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____

Attività svolta con incarico temporaneo di emergenza sanitaria territoriale (c.d. Decreto "Semplificazione" e c.d. Decreto " Calabria") durante il periodo di frequenza del corso di formazione specifica di medicina generale:

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____

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

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

Il sottoscritto dichiara inoltre:

- di non avere avere subito provvedimenti di revoca del rapporto convenzionale di medico di medicina generale. 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) La/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

1. I medici che aspirano all'iscrizione nella graduatoria devono presentare annualmente la domanda e possedere, alla data di scadenza dei termini per la presentazione della stessa, i seguenti requisiti:
 - a. cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE. 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. titolo di formazione specifica in medicina generale o titolo equipollente di cui al D.lgs 368/1999 e s.m.i (abilitazione all'esercizio professionale conseguita entro il 31 dicembre 1994). Possono presentare domanda i medici che nell'anno acquisiranno il titolo di formazione, che dovrà essere posseduto ed autocertificato entro il 15 settembre p.v.;
2. I medici allegano 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.
3. 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.
4. La mancata sottoscrizione della domanda o della dichiarazione sostitutiva, la trasmissione oltre il termine di scadenza comportano l'esclusione dalla graduatoria.
5. I titoli devono essere documentati:
 - a. con dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell'art.46 del DPR 445/2000 (Allegato A alla domanda), per i titoli accademici e di studio;
 - b. con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, ai sensi dell'art.47 del DPR n. 445/2000, (Allegato B alla domanda), per i titoli di servizio prestato presso una Amministrazione Pubblica o un gestore di Pubblico Servizio;
 - c. i titoli conseguiti presso soggetti privati o esteri devono essere allegati alla domanda di partecipazione in originale o in copia legale o autenticata ai sensi di legge.

L'omissione o l'incompletezza dei dati comporteranno la non attribuzione dei relativi punteggi. L'autocertificazione dovrà pertanto indicare esattamente il numero 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.

6. La conoscenza della lingua inglese (Allegato A) deve essere documentata dal possesso di certificato non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE).
7. 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 formazione specifica in medicina generale conseguito ed autocertificato entro il 15 settembre del corrente anno.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuta la ATS di riferimento.

Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è il Direttore Generale della ATS.

Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il responsabile della protezione dei dati (DPO) e il Responsabile del trattamento dei dati sono individuati dalla ATS.

Finalità del trattamento

I dati personali da Lei forniti sono necessari esclusivamente all'espletamento da parte di questa Agenzia della formazione della graduatoria regionale di medicina generale valida per l'anno 2023 ai sensi del vigente Accordo Collettivo Nazionale vigente per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Modalità di trattamento e conservazione

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679 e dall'Allegato B del D. Lgs. 196/2003 (artt. 33-36 del Codice) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/679.

Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

Ambito di comunicazione e diffusione

Informiamo che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge.

I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito internet della regione Lombardia all'indirizzo: / servizi e informazioni / enti e operatori / sistema welfare / Personale del sistema sanitario e sociosanitario, convenzionati e formazione continua / pubblicazione graduatorie medicina convenzionata.

Trasferimento dei dati personali

I suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

Categorie particolari di dati personali

Ai sensi degli articoli 26 e 27 del D. Lgs. 196/2003 e degli articoli 9 e 10 del Regolamento UE n. 2016/679, Lei potrebbe conferire, al titolare del trattamento, dati qualificabili come "categorie particolari di dati personali" e cioè quei dati che rivelano *"l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona"*. Tali categorie di dati potranno essere trattate solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in forma scritta in calce alla presente informativa.

Esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione

Il Titolare del trattamento non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

Diritti dell'interessato

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
- g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione;
- h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Si rammenta che il conferimento dei dati personali richiesti risulta necessario per svolgere gli adempimenti relativi alla finalità del trattamento e, pertanto, in caso di rifiuto, il richiedente non potrà essere inserito nella graduatoria.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata alla ATS di riferimento.

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede

Luogo, lì

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta

esprimo il consenso **NON esprimo il consenso** al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

esprimo il consenso **NON esprimo il consenso** alla comunicazione dei miei dati personali a enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa.

Firma.....



Regione Lombardia

**GRADUATORIA REGIONALE DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
ANNO 2024**

MARCA DA
BOLLO
€ 16,00

All'Agenzia di Tutela della salute di _____

PRIMO INSERIMENTO

INTEGRAZIONE TITOLI

La/Il sottoscritta/o Dr.ssa/Dr. _____ nata/o _____

prov. _____ il ____/____/____ sesso: M F codice fiscale

residente a _____ prov. _____

indirizzo: _____ n. _____ CAP

tel. _____ e-mail _____ PEC _____

secondo quanto previsto dall'art. 19 dell'A.C.N. per la pediatria di libera scelta 28/04/2022,

chiede

l'inserimento nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta, a valere per l'anno 2024.

dichiara (facoltativo)

la propria disponibilità all'inserimento nelle graduatorie aziendali per l'eventuale conferimento di incarico provvisorio o per sostituzioni nelle seguenti Aziende:

Azienda _____

Azienda _____

Azienda _____

Azienda _____

Azienda _____

Azienda _____

Azienda _____

Azienda _____

Azienda _____

Azienda _____

Azienda _____

Azienda _____

dichiara (facoltativo)

la propria disponibilità alla procedura di ricambio generazionale (APP).

Allega alla presente domanda:

n. _____ dichiarazioni sostitutive di certificazione;

- n. ____ dichiarazioni sostitutive dell'atto notorio;
- n. ____ altre certificazioni;

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata a:

- indirizzo PEC _____.

Data..... Firma (*).....

(*) È prevista la firma digitale. Eventualmente, in caso di firma autografa, in luogo dell'autenticazione della firma, allegare fotocopia semplice di un documento di identità.

Ai sensi del Regolamento dell'Unione Europea numero 910/2014, cosiddetto regolamento "eIDAS" (electronic IDentification Authentication and Signature - Identificazione, Autenticazione e Firma elettronica), la sottoscrizione della documentazione utile alla partecipazione al bando dovrà essere effettuata o con firma digitale o firma elettronica qualificata o firma elettronica avanzata. È ammessa quindi anche la firma con Carta Regionale dei Servizi (CRS) o Carta Nazionale dei Servizi (CNS), purché generata attraverso l'utilizzo di una versione del software di firma elettronica avanzata aggiornato a quanto previsto dal Decreto del Consiglio dei Ministri del 22/2/2013 "Regole tecniche in materia di generazione, apposizione e verifica delle firme elettroniche avanzate, qualificate e digitali, ai sensi degli articoli 20, comma 3, 24, comma 4, 28, comma 3, 32, comma 3, lettera b) , 35, comma 2, 36, comma 2, e 71".

Allegato A**Dichiarazione sostitutiva di certificazione**

(art. 46 DPR n. 445 del 28/12/2000)

La/Il sottoscritta/o Dr.ssa/Dr. _____

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 cittadina/o italiano;
- di essere cittadina/o di altro Paese appartenente alla UE (specificare) _____;
- di essere cittadina/o 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 ___/___;*
*occorre specificare se il voto di laurea è espresso su 100 o 110
- 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 frequenza dal ___/___/___ al ___/___/___ 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 frequenza dal ___/___/___ al ___/___/___ 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 frequenza dal ___/___/___ al ___/___/___;
- 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 ___/___/___;
_____ conseguita il ___/___/___ presso l'Università di _____ con frequenza dal ___/___/___ al ___/___/___;
_____ conseguita il ___/___/___ presso l'Università di _____ con frequenza dal ___/___/___ al ___/___/___;
- di essere in possesso di certificato di conoscenza della lingua inglese conseguito il ___/___/___ presso _____; (cfr. punto 6 delle "Avvertenze Generali");
- di essere in possesso della Patente Europea per l'utilizzo del PC conseguita il ___/___/___ presso _____;
- di non fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

- di non fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente (tale incompatibilità non opera nei confronti dei pediatri che beneficiano delle sole prestazioni delle “quote A e B” 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)

La/Il sottoscritta/o Dr.ssa/Dr. _____

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, con incarico a tempo indeterminato o provvisorio e per attività di sostituzione:

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ pediatra _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ pediatra _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ pediatra _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ pediatra _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ pediatra _____

Attività svolta durante il periodo di affiancamento previsto dalla procedura di ricambio generazionale (APP):

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

Attività di sostituzione per attività sindacale del pediatra di libera scelta titolare:

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ pediatra _____ ore _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ pediatra _____ ore _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ pediatra _____ ore _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ pediatra _____ ore _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ pediatra _____ ore _____

Servizio in forma attiva nella medicina dei servizi o svolto, anche a titolo di sostituzione, nei servizi di guardia medica e di continuità assistenziale (denominata "ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria" dall'ACN medicina generale 28.04.2022) e nell'emergenza sanitaria territoriale:

Anno ___ mese ___ dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
 Anno ___ mese ___ dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
 Anno ___ mese ___ dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
 Anno ___ mese ___ dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____
 Anno ___ mese ___ dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ ore _____

Servizio di medico incaricato di ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta (denominata "assistenza primaria" fino al 28.04.2022):

Anno ___ mese ___ dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____
 Anno ___ mese ___ dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____
 Anno ___ mese ___ dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____
 Anno ___ mese ___ dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____

Servizio di sostituzione di medico di ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta (denominata "assistenza primaria" fino al 28.04.2022):

Anno ___ mese ___ dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ medico _____ ore ___
 Anno ___ mese ___ dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ medico _____ ore ___
 Anno ___ mese ___ dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ medico _____ ore ___
 Anno ___ mese ___ dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ medico _____ ore ___
 Anno ___ mese ___ dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____ medico _____ ore ___

Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende:

dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____
 dal ___/___/___ al ___/___/___ Azienda _____
 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:

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

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: (*)

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, vistata 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:

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

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

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).

Data ___/___/___

Firma _____ (2)

(1) La/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

1. I pediatri che aspirano all'iscrizione nella graduatoria devono presentare annualmente la domanda e possedere, alla data di scadenza dei termini per la presentazione della stessa, i seguenti requisiti:
 - a) cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE. 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 infantilePossono presentare domande i medici che nell'anno acquisiranno il diploma di specializzazione, che dovrà essere posseduto ed autocertificato entro il 15 settembre p.v.;
2. I pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato non possono fare domanda di inserimento nella graduatoria (art. 19, comma 3, ACN per la Pediatria di libera scelta)
3. 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.
4. 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.
5. La mancata sottoscrizione della domanda o della dichiarazione sostitutiva, la trasmissione oltre il termine di scadenza comportano l'esclusione dalla graduatoria.
6. I titoli devono essere documentati:
 - a) con dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell'art.46 del DPR 445/2000 (Allegato A alla domanda), per i titoli accademici e di studio;
 - b) con dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, ai sensi dell'art.47 del DPR n. 445/2000, (Allegato B alla domanda), per i titoli di servizio prestato presso una Amministrazione Pubblica o un gestore di Pubblico Servizio;
 - c) i titoli conseguiti presso soggetti privati o esteri devono essere allegati alla domanda di partecipazione in originale o in copia legale o autenticata ai sensi di legge.
L'omissione o l'incompletezza dei dati comporteranno la non attribuzione dei relativi punteggi. L'autocertificazione dovrà pertanto indicare esattamente il numero 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.
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. 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 ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuta la ATS di riferimento.

Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è il Direttore Generale della ATS.

Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il responsabile della protezione dei dati (DPO) e il Responsabile del trattamento dei dati sono individuati dalla ATS.

Finalità del trattamento

I dati personali da Lei forniti sono necessari esclusivamente all'espletamento da parte di questa Agenzia della formazione della graduatoria regionale di pediatria di libera scelta valida per l'anno 2023 ai sensi del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i pediatri di libera scelta.

Modalità di trattamento e conservazione

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679 e dall'Allegato B del D.Lgs. 196/2003 (artt. 33-36 del Codice) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/679.

Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

Ambito di comunicazione e diffusione

Informiamo che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge.

I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito internet della regione Lombardia all'indirizzo: / servizi e informazioni / enti e operatori / sistema welfare / Personale del sistema sanitario e socio-sanitario, convenzionati e formazione continua / pubblicazione graduatorie medicina convenzionata.

Trasferimento dei dati personali

I suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

Categorie particolari di dati personali

Ai sensi degli articoli 26 e 27 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli 9 e 10 del Regolamento UE n. 2016/679, Lei potrebbe conferire, al titolare del trattamento, dati qualificabili come "categorie particolari di dati personali" e cioè quei dati che rivelano "l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona". Tali categorie di dati potranno essere trattate solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in forma scritta in calce alla presente informativa.

Esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione

Il Titolare del trattamento non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

Diritti dell'interessato

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
- g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione;
- h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Si rammenta che il conferimento dei dati personali richiesti risulta necessario per svolgere gli adempimenti relativi alla finalità del trattamento e, pertanto, in caso di rifiuto, il richiedente non potrà essere inserito nella graduatoria.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata alla ATS di riferimento.

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede

Luogo, lì

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta

esprimo il consenso **NON esprimo il consenso** al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

esprimo il consenso **NON esprimo il consenso** alla comunicazione dei miei dati personali a enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa.

Firma.....