



Regione Lombardia

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA GRADUATORIA REGIONALE DI
PEDIATRI DI LIBERA SCELTA
VALIDA PER L'ANNO 2021**

**Imposta
di Bollo € 16**

Primo inserimento

Aggiornamento

Alla A.T.S.. di.....
Via.....
Città.....

Il/la-sottoscritto/a dott. _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

Codice Fiscale _____ Comune di residenza _____

Prov. _____ Indirizzo _____ n. _____

C.A.P. _____ n. Tel. _____

Pec _____

e-mail _____

CHIEDE

di essere iscritto/confermato nella graduatoria regionale di Pediatri di libera scelta valida per la partecipazione agli incarichi a tempo indeterminato dell'anno 2021

N.B. La domanda non può essere inviata se si è già titolari di incarico a tempo indeterminato

ACCLUDE:

- richiesta di inserimento/aggiornamento nella graduatoria regionale di Pediatri di libera scelta- Autocertificazione.

- esprime inoltre la propria disponibilità ad essere inserito nelle graduatorie aziendali di pediatri disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio o di sostituzione della/e ATS.....:

(barrare la risposta d'interesse):

SI

NO

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

- la PEC indicata
- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato

c/o _____ Comune _____ Prov _____

Indirizzo _____ N _____ CAP _____

Data.....

Firma

Richiesta di Inserimento/Aggiornamento nella graduatoria regionale di Pediatri di Libera Scelta- valida per l'anno 2021

- AUTOCERTIFICAZIONE -

Il sottoscritto Cognome Nome.....

ai sensi e agli effetti dell' art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, in materia di semplificazione delle certificazioni amministrative

DICHIARA

1. Di essere cittadino:

- italiano,
- o di altro Paese appartenente alla UE, incluse eventuali ulteriori equiparazioni disposte dalle leggi vigenti in ottemperanza ad accordi bilaterali tra l'Italia ed altri Stati(indicare quale Paese)

2. Di NON trovarsi nelle condizioni di cui all'art 17, comma 1 dell'ACN vigente:

lettera f): fruire del trattamento per 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 previdenziali della "quota A" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM

Di essere iscritto all'Ordine dei medici della Provincia di.....
dal..... n. iscrizione

Sezione I – Titoli accademici e di studio

1. Di essere in possesso del **diploma di laurea in Medicina e Chirurgia** conseguito presso l'Università di.....in data con voto

2. Di aver conseguito la **Specializzazione in Pediatria** , il presso voto nella specializzazione

periodo di frequenza dal al.....

oppure

che acquisirà entro il 15/09/2020 il Diploma di Specializzazione in.....
data inizio corso.....

(il titolo andrà fatto pervenire entro il 15/09/2020 anche tramite l'autocertificazione)

3. **Specializzazione in disciplina equipollente a Pediatria** ai sensi della tabella B del DM 30.01.1998 e s.m.i. .

Denominazione disciplina..... conseguita il presso..... voto nella specializzazione o disciplina equipollente..... periodo di frequenza dal.....al.....

4. **Specializzazione in disciplina affine alla Pediatria ai sensi** della tabella B del DM 30.01.1998 e s.m.i. Denominazione disciplina conseguita il presso..... voto nella specializzazione o disciplina equipollente..... periodo di frequenza dal.....al.....

5. **Specializzazione in discipline diverse da quelle ai punti precedenti.** Denominazione disciplina conseguita il presso.....voto nella specializzazione o disciplina equipollenteperiodo di frequenza al.....al.....

6. **Conoscenza della lingua inglese** documentata dal possesso di certificato non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE)
Certificato livello.....conseguito il.....presso.....

7. **Conoscenza dei principali programmi informatici** documentati dal possesso della Patente Europea per l'utilizzo del PC (ECDL)
Patente Europea conseguita il.....presso.....

Sezione II – Titoli di Servizio

8. **Attività di specialista pediatra di libera scelta convenzionato** ai sensi dell'art. 48 della

legge n.833/78 e dell'art. 8 – comma 1 – del decreto legislativo 502/92 e 517/93 con incarico a tempo indeterminato o provvisorio e per attività di sostituzione

dal.....al.....presso ♦.....

dal.....al.....presso ♦.....

dal.....al.....presso ♦.....

9. Attività di sostituzione dello specialista pediatra per attività sindacale

dal.....al..... numero ore.....medico ♦..... ATS

dal..... al.....numero ore.....medico ♦..... ATS

dal..... al.....numero ore.....medico ♦..... ATS

10. Servizio in forma attiva nella medicina dei servizi o svolto, anche a titolo di sostituzione, **nei servizi di guardia medica, di continuità assistenziale o nell'emergenza sanitaria territoriale** e di assistenza primaria **vedi allegato A** per la compilazione.

11. Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche, organizzate dalle Regioni o dalle ATS

dal..... al..... A.S.L o ATS

dal..... al..... A.S.L o ATS

dal..... al..... A.S.L o ATS

12. Servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina dal..... al..... presso.....

13. 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:

dal..... al.....presso.....

dal..... al.....presso.....

dal..... al.....presso.....

14. Attività di specialista pediatra svolta a qualsiasi titolo presso strutture sanitarie pubbliche:

dal.....al.....Struttura.....

dal.....al.....Struttura.....

dal.....al.....Struttura.....

◆ inserire il nome del medico sostituito

Il sottoscritto si impegna a comunicare all'ATS presso cui ha presentato domanda di inserimento eventuali incarichi a tempo indeterminato che gli verranno assegnati in Regione Lombardia o in altre Regioni.

Le notizie sopra riportate corrispondono al vero. (1)

Luogo e data..... (2) Firma del dichiarante.....

(1) Ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci e la falsità negli atti, sono puniti dal codice penale. Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

*(2) Ai sensi dell'art. 38 del DPR n. 445/2000, **la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica, ancorché non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore.***

ALLEGATO "A "

Cognome.....Nome.....

Servizio in forma attiva nella medicina dei servizi o svolto, anche a titolo di sostituzione, nei servizi di guardia medica, di continuità assistenziale o nell'emergenza sanitaria territoriale

ANNO _____

Azienda Sanitaria Locale o Agenzia Tutela della Salute di

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

ANNO _____

Azienda Sanitaria Locale o Agenzia Tutela della Salute di

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

Firma

* per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare una o più volte l'all. " A ".

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 della pediatria di libera scelta valida per l'anno 2020 ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i pediatri di libera scelta reso esecutivo dalla Conferenza Stato-Regioni in data 21 giugno 2018;

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.....