

A.C.N. 15/12/2005 e s.m.i. per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, ai sensi dell'art.8 del D.Lgs n.502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni – ART.15
DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA GRADUATORIA UNICA REGIONALE DI
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA DELLA REGIONE UMBRIA

PLS

ANNO 2017

RACCOMANDATA A/R

Marca da Bollo
€ 16,00
Agenzia delle entrate
Prot. n.954-19608/2010
del 18/02/2010

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE UMBRIA 2
Ufficio Centrale Regionale
c/o Palazzina Micheli
Piazza Dante Perilli
06049 SPOLETO (PG)

PRIMO INSERIMENTO

INTEGRAZIONE TITOLI

I medici che presentano domanda per la prima volta devono barrare la voce "PRIMO INSERIMENTO"; tutti gli altri, devono barrare la voce "INTEGRAZIONE TITOLI".

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ prov. (____)

il ___/___/_____ codice fiscale [_____] M (____) F (____)

Comune di residenza _____ prov. (____)

Indirizzo _____ n. _____ CAP _____

Tel. _____ / _____ Cellulare _____

e-mail _____ PEC _____

Azienda U.S.L. di residenza _____

CHIEDE

secondo quanto previsto dall'art. 15 dell' Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di Libera Scelta, del 15/12/2005 e s.m.i., l'inserimento/integrazione titoli nella graduatoria regionale valida per l'anno **2017**.

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000 recante il "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa",

DICHIARA DI

non essere convenzionato a tempo indeterminato per l'attività di **pediatria di libera scelta** .

ATTENZIONE: L'art. 15, comma 11 dell' A.C.N 15/12/2005 e s.m.i. per la Pediatria di libera scelta prevede che i medici già titolari di incarico a tempo indeterminato per la pediatria di libera scelta possono concorrere all'assegnazione dei relativi incarichi vacanti solo per trasferimento. Pertanto l'essere convenzionato per la Pediatria di libera scelta, non consente l'iscrizione in graduatoria.

ACCLUDE ALLA PRESENTE LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

N° 1 dichiarazioni sostitutive di certificazioni;

N° ___ dichiarazioni sostitutive di atto notorio (**Mod. B – Allegato “1”**);

N° ___ dichiarazione sostitutiva di atto notorio (**Mod. C, da utilizzare se si allegano fotocopie di certificati rilasciati precedentemente all'anno 2012**)

Copia fotostatica di un documento d'identità in corso di validità.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

la propria residenza

il proprio domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____

prov.(_____) indirizzo _____ n. _____ CAP _____

Tel. ____/____.

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Data _____ Firma del dichiarante (2)_____

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

(2) Ai sensi dell'art.38 del DPR 445/2000, la dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato e inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del dichiarante.

Formazione della graduatoria regionale di Pediatria di libera scelta da valere per l'anno 2017
Dichiarazione sostitutiva di certificazione (art.46 D.P.R. n.445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a _____

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000,

DICHIARA

Ai sensi dell'art.46 D.P.R. 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione)

di essere in possesso:

1) del diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università di _____ in data ___/___/___ con voto _____/110 _____(*);

**se il voto di laurea non è espresso su 110 ma su 100, occorre specificarlo*

2) dell'abilitazione all'esercizio professionale presso l'Università di _____ anno _____ sessione _____;

3) dell' iscrizione all'Ordine dei medici della Provincia di _____ dal ___/___/___ di essere stato iscritto all'Ordine dei medici della provincia di:

- a) _____ dal ___/___/___ al ___/___/___
b) _____ dal ___/___/___ al ___/___/___
c) _____ dal ___/___/___ al ___/___/___

4) del diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi del D.M.10/03/1983, tabella B, e successive integrazioni:

a) in _____ conseguita presso l'Università di _____ in data ___/___/___ voto _____ corso svolto dal giorno ___/___/___ al giorno ___/___/___

b) in _____ conseguita presso l'Università di _____ in data ___/___/___ voto _____ corso svolto dal giorno ___/___/___ al giorno ___/___/___

punti 4,00 per ciascuna specializzazione in pediatria o discipline equipollenti;

5) del diploma di specializzazione in discipline affini alla pediatria ai sensi del D.M.10/03/1983, tabella B e successive integrazioni:

a) in _____ conseguita presso l'Università di _____ in data ___/___/___ voto _____ corso svolto dal giorno ___/___/___ al giorno ___/___/___

b) in _____ conseguita presso l'Università di _____ in data ___/___/___ voto _____ corso svolto dal giorno ___/___/___ al giorno ___/___/___

punti 2,00 per ciascuna specializzazione affine alla pediatria;

- 6) del diploma di specializzazione o libere docenze in discipline diverse da quelle previste ai punti 4 e 7:
- a) in _____ conseguita presso l'Università di _____ in data ___/___/_____ voto _____ corso svolto dal giorno ___/___/_____ al giorno ___/___/_____
- b) in _____ conseguita presso l'Università di _____ in data ___/___/_____ voto _____ corso svolto dal giorno ___/___/_____ al giorno ___/___/_____

punti 0,20 per ciascuna specializzazione o libere docenze in altre discipline;

- 7) della libera docenza in pediatria o discipline equipollenti ai sensi del D.M.10/03/1983, tabella B, e successive integrazioni:

a) in _____ presso _____ corso svolto dal giorno ___/___/_____ al giorno ___/___/_____

b) in _____ presso _____ corso svolto dal giorno ___/___/_____ al giorno ___/___/_____

punti 2,00 per ciascuna libera docenza;

- 8) della libera docenza in discipline affini alla pediatria ai sensi del D.M.10/03/1983, tabella B, e successive integrazioni:

a) in _____ presso _____ corso svolto dal giorno ___/___/_____ al giorno ___/___/_____

b) in _____ presso _____ corso svolto dal giorno ___/___/_____ al giorno ___/___/_____

punti 1,00 per ciascuna libera docenza;

- 9) del tirocinio abilitante ai sensi della L.n.148/75 per il periodo:

dal ___/___/_____ al ___/___/_____; dal ___/___/_____ al ___/___/_____

punti 0,30;

- 10) di essere in possesso del titolo di animatore di formazione riconosciuto dalle Regioni o rilasciato da soggetti accreditati dal Ministero della Salute o dalla Regione _____ conseguito il ___/___/_____

punti 0,30;

DICHIARA INOLTRE

- di non avere di avere subito provvedimenti di revoca o decadenza del rapporto convenzionale di medico pediatra di libera scelta ai sensi dell' art. 30 c.7 lett. C) e dell'art. 19 c. 2 e 4 – ACN Pediatria di Libera Scelta 15/12/2005 e s.m.i. (in caso affermativo specificare la data di irrogazione effettiva della sanzione o la data di decadenza del rapporto convenzionale ___/___/_____ e l'ASL che ha adottato il provvedimento _____)
- che l'ultima domanda presentata è relativa alla graduatoria della Regione Umbria valida per l'anno _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Data _____ Firma del dichiarante (2) _____

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

(2) Ai sensi dell'art.38 del DPR 445/2000, la dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato e inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del dichiarante

- 5) Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende U.S.L. **(0,10 punti per mese di attività)**;
 dal _____ al _____ A.S.L n _____ Regione _____ Via _____ Provincia _____
 dal _____ al _____ A.S.L n _____ Regione _____ Via _____ Provincia _____
 dal _____ al _____ A.S.L n _____ Regione _____ Via _____ Provincia _____

indicare indirizzo completo dell'A.S.L.

- 6) Servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile), svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina. **(0,05 punti per ciascun mese)**;
 dal _____ al _____ presso _____
- 7) Attività di specialista pediatra svolta all'estero ai sensi della L. 9/02/79, n. 38, della L. 10/07/60, n. 735 e successive modificazioni, e del D.M. 1/09/88, n. 430 (*). **(0,10 punti per ciascun mese di attività)**;
 dal _____ al _____ Stato estero _____ presso _____
 dal _____ al _____ Stato estero _____ presso _____
 dal _____ al _____ Stato estero _____ presso _____

(il servizio deve essere attestato con documenti in originale o copia conforme all'originale, sottoscritti 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 D.Lgs.112/1998) è necessario allegare copia di detto provvedimento.*

- 8) 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)**;
 * **specificare altresì attività e tipologia del rapporto di lavoro (es. dipendente, specialista ambulatoriale interno, ...**
 dal _____ al _____ Struttura _____ Via _____ Provincia _____
 *
 dal _____ al _____ Struttura _____ Via _____ Provincia _____
 *
 dal _____ al _____ Struttura _____ Via _____ Provincia _____
 *
 dal _____ al _____ Struttura _____ Via _____ Provincia _____
 *

Decreto Legislativo n. 151/2001 art. 22) commi 3 e 5: "Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell'art. 15) della Legge n. 53/2000".

Astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio durante il periodo di incarico a tempo indeterminato nell'Area della pediatria di libera scelta (fino ad un massimo di mesi cinque per ogni evento).

Dal _____ al _____
 Dal _____ al _____

Per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare il presente prospetto.

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Data _____ Firma del dichiarante (2) _____

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

(2) Ai sensi dell'art.38 del DPR 445/2000, la dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato e inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del dichiarante.

Formazione della graduatoria regionale di Pediatria di libera scelta da valere per l'anno 2017

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorieta (art.47 D.P.R. n.445 del 28/12/2000)

In riferimento alla domanda di inserimento/integrazione titoli nella graduatoria regionale di Pediatria di Libera scelta a valere per l'anno 2017:

Il/La sottoscritto/a _____

C.F. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art.76 del D.P.R. .445/2000,

DICHIARA

Ai sensi dell'art.47 D.P.R. 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

sotto la propria responsabilita e consapevole delle sanzioni penali previste, in caso di dichiarazioni non veritiere, dall'art.76 del D.P.R. n.445 del 28/12/2000, che **le ALLEGATE FOTOCOPIE DEI SOTTO ELENCATI CERTIFICATI di servizio rilasciati antecedentemente all'anno 2012, sono conformi agli originali in proprio possesso.**

- 1. Fotocopia del certificato prot.n._____ del _____
- 2. Fotocopia del certificato prot.n._____ del _____
- 3. Fotocopia del certificato prot.n._____ del _____
- 4. Fotocopia del certificato prot.n._____ del _____
- 5. Fotocopia del certificato prot.n._____ del _____
- 6. Fotocopia del certificato prot.n._____ del _____
- 7. Fotocopia del certificato prot.n._____ del _____
- 8. Fotocopia del certificato prot.n._____ del _____
- 9. Fotocopia del certificato prot.n._____ del _____
- 10. Fotocopia del certificato prot.n._____ del _____
- 11. Fotocopia del certificato prot.n._____ del _____
- 12. Fotocopia del certificato prot.n._____ del _____
- 13. Fotocopia del certificato prot.n._____ del _____
- 14. Fotocopia del certificato prot.n._____ del _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Data _____ **Firma del dichiarante (2)** _____

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

(2) Ai sensi dell'art.38 del DPR 445/2000, la dichiarazione deve essere sottoscritta dall'interessato e inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identita del dichiarante.

Il/La sottoscritto/a _____

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

DICHIARA

Ai sensi dell'art.47 D.P.R. 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

di aver prestato Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, o anche a titolo di sostituzione, nei servizi di **Guardia Medica o di Continuità Assistenziale** in forma attiva:

Anno ____ A.S.L. n° ____ Regione _____ Via _____ n. ____ tel. _____

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 _____

indicare indirizzo completo dell'A.S.L.

di aver prestato Servizio effettivo con incarico a tempo determinato o indeterminato **nell'Emergenza Sanitaria Territoriale:**

Anno ____ A.S.L. n° ____ Regione _____ Via _____ n. ____ tel. _____

dal _____ al _____ ore _____ dal _____ al _____ ore _____
 dal _____ al _____ ore _____ dal _____ al _____ ore _____
 dal _____ al _____ ore _____ dal _____ al _____ ore _____
 dal _____ al _____ ore _____ dal _____ al _____ ore _____

indicare indirizzo completo dell'A.S.L.

di aver prestato Servizio con incarico a tempo indeterminato **nella Medicina dei Servizi:**

Anno ____ A.S.L. n° ____ Regione _____ Via _____ n. ____ tel. _____

dal _____ al _____ ore _____ dal _____ al _____ ore _____
 dal _____ al _____ ore _____ dal _____ al _____ ore _____
 dal _____ al _____ ore _____ dal _____ al _____ ore _____
 dal _____ al _____ ore _____ dal _____ al _____ ore _____

indicare indirizzo completo dell'A.S.L.

data

Firma per esteso e leggibile

ATTENZIONE: a pena di esclusione, ai sensi dell'art.38 del D.P.R.445 del 28/12/2000 le sottoscrizioni delle istanze e delle dichiarazioni sostitutive di atto notorio non sono soggette ad autenticazione se presentate unitamente a copia fotostatica di un documento di identità, valido, del sottoscrittore.

Per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare il presente prospetto.

Tabella delle specializzazioni equipollenti e affini alla pediatria di libera scelta

Specializzazioni Equipollenti

Clinica pediatrica

Patologia neonatale

Pediatria

Pediatria e puericoltura

Pediatria preventiva e puericoltura

Pediatria preventiva e sociale

Pediatria sociale e puericoltura

Puericoltura

Puericoltura, dietetica infantile ed assistenza sociale dell'infanzia

Puericoltura e dietetica infantile

Puericoltura ed igiene infantile

Specializzazioni Affini

Clinica delle malattie infettive

Clinica delle malattie infettive e contagiose

Clinica delle malattie infettive e tropicali

Clinica delle malattie tropicali e subtropicali

Clinica delle malattie tropicali ed infettive

Genetica medica

Malattie infettive

Malattie infettive e tropicali

Malattie tropicali e subtropicali

Medicina tropicale

AVVERTENZE GENERALI

REQUISITI PER L'ACCESSO ALLA GRADUATORIA:

REQUISITI PER L'ACCESSO ALLA GRADUATORIA:

- 1) I medici che aspirano ad essere inseriti nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta **valevole per l'anno 2017** devono possedere, alla data di scadenza del **termine per la presentazione della domanda (31/01/2016)** i seguenti requisiti:
 - a) Diploma di laurea in medicina e chirurgia;
 - b) Iscrizione all'Albo Professionale;
 - c) Possesso del diploma di specializzazione in Pediatria o discipline equipollenti come di seguito elencate:
 - Pediatria
 - Clinica pediatrica
 - Pediatria e puericoltura
 - Puericoltura
 - Pediatria preventiva e sociale
 - Patologia Neonatale
 - Pediatria preventiva e puericoltura
 - Pediatria sociale e puericoltura
 - Puericoltura e dietetica infantile
 - Puericoltura ed igiene infantile
 - Puericoltura, dietetica infantile e assistenza sociale dell'infanzia.

- 2) **Ai fini dell'attribuzione del punteggio, la documentazione presentata deve essere tale da poterne consentire la valutazione e non si terrà conto di quella dalla quale non è possibile dedurre i dati di valutazione. Pertanto nel caso in cui per i servizi prestati venga presentata dichiarazione sostitutiva di atto notorio (Mod.B), si ribadisce che il servizio e l'attività svolta vanno indicati in modo completo, rispettando le indicazioni riportate nel modulo sopra richiamato. Si precisa inoltre la necessità di riportare con esattezza l'indicazione della AUSL e/o dell'ente (*indirizzo e recapiti telefonici*) presso il quale il servizio è stato prestato, che detenendo gli atti autorizzativi, possa a richiesta confermare il servizio autocertificato con la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà. (controlli di veridicità – art.71 L.445/2000).**

ATTENZIONE: l'art. 15, comma 11 dell'A.C.N. 15/12/2005 e s.m.i. per la pediatria di libera scelta, i medici già TITOLARI di incarico a tempo indeterminato ai sensi del richiamato A.C.N. (Accordo Collettivo Nazionale), NON POSSONO fare domanda di inserimento nella graduatoria e, pertanto POTRANNO concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo ed esclusivamente per TRASFERIMENTO. Si richiama pertanto l'attenzione dei medici interessati, sul fatto che, l'essere già convenzionato per la pediatria di libera scelta, non consentirà di partecipare alla procedura di assegnazione delle relative carenze per graduatoria, poichè L'A.C.N. PREVEDE CHE I MEDICI GIA' CONVENZIONATI POSSANO CONCORRERE ALL'ASSEGNAZIONE DI UNA NUOVA ZONA CARENTE SOLO PER TRASFERIMENTO.

- 3) Ai fini della graduatoria, sono valutati i titoli di servizio posseduti alla data del 31/12/2015, espressamente previsti ed elencati all'art.16 A.C.N. 15/12/2005 e s.m.i..

MODALITA' DI DOCUMENTAZIONE DEI TITOLI ACCADEMICI, DI STUDIO E DI SERVIZIO

Ai sensi delle modifiche del D.P.R. 445/2000 introdotte dall'art.15 della L.183/2011, a decorre dal 01/01/2012 le amministrazioni pubbliche non possono accettare certificazioni rilasciate da Amministrazioni Pubbliche o gestori di pubblici servizi, **pena la mancata valutazione dei titoli oggetto della certificazione.** Pertanto, **per essere oggetto di valutazione, i titoli conseguiti presso una Amministrazione Pubblica o un gestore di Pubblico Servizio, devono essere obbligatoriamente autocertificati ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, con indicazione di tutti gli elementi per una corretta valutazione dei titoli stessi** (vedi Moduli A , B e allegato "1").

I **titoli accademici e di studio** posseduti e i **titoli di servizio** svolto vengono documentati dall'interessato nella maniera seguente:

a) per i titoli accademici e di studio, dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell'art.46 del D.P.R.445/2000 e s.m.i. (**Modulo "A"**);

b) per i titoli di servizio, dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, ai sensi dell'art.47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i. (**Modulo "B"**), ovvero fotocopie di certificati rilasciati precedentemente all'anno 2012 unitamente ad una dichiarazione sostitutiva di notorietà con cui si attesta che le stesse sono conformi all'originale (**Modulo "C"**).

Qualora dal controllo emerga la non veridicità di quanto dichiarato e prodotto, l'interessato decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera oltre a soggiacere alle sanzioni penali previste in ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci.

➤ **La domanda, in bollo, deve essere spedita a mezzo raccomandata A/R entro il 31/01/2016 all' Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2 – Ufficio Centrale Regionale - c/o Palazzina Micheli - Piazza Dante Perilli - 06049 Spoleto (PG). Per l'accoglimento della domanda farà fede la data del timbro postale.**

➤ La mancanza dei requisiti di cui al punto 1), la mancata sottoscrizione della domanda o della dichiarazione sostitutiva di certificazione, la spedizione oltre il termine del 31/01/2016, la mancata dichiarazione di iscrizione all'albo professionale comportano l'**esclusione dalla graduatoria**.

➤ I medici specialisti pediatri che richiedono l'inserimento sia nella graduatoria di Medicina Generale che nella graduatoria dei Pediatri di Libera Scelta devono inviare **le due domande distintamente in busta separata**.

ATTENZIONE: Ai sensi dell'art.15 comma 1 dell'ACN 15/12/2005 e s.m.i., *"...la domanda per l'inserimento nella graduatoria regionale viene presentata una sola volta, ed è valida fino a revoca da parte del medico, mentre annualmente vengono presentate domande integrative dei titoli aggiuntivi rispetto a quelli precedentemente allegati. Annualmente, sulla base delle domande presentate e delle domande integrative, viene predisposta la graduatoria regionale relativa all'anno in corso..."*

ELEMENTI NECESSARI PER L'ATTRIBUZIONE DEL PUNTEGGIO

Ai fini di una corretta valutazione del punteggio si ribadisce, inoltre, quanto segue:

a) l'attività di medicina dei servizi a tempo indeterminato, nonché l'attività di continuità assistenziale e di emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato e a tempo determinato, **devono essere documentate indicando per ogni mese di attività le effettive ore svolte;**

b) l'astensione obbligatoria per gravidanza e puerperio durante il periodo di incarico a tempo indeterminato nell'Area di Pediatria di libera scelta (fino a un massimo di mesi cinque per ogni evento) D.Lgs. n.151/2001 art.22 commi 3-5: "Testo unico delle disposizioni legislative in materia e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell'art.15 della Legge n.53/2000" potrà essere documentata, indicando **la data di inizio e di fine**, con dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà secondo l'art.47 del D.P.R. n.445/2000.

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI, RIGUARDANTE LA GRADUATORIA REGIONALE PER I PEDIATRI DI LIBERA SCELTA, VALIDA PER L'ANNO 2017

Ai sensi dell' art.13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e in relazione ai dati personali che si intendono trattare, si informa che:

- 1) il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento, da parte di questa Amministrazione, della formazione della graduatoria regionale valida per l'anno 2017;
- 2) il trattamento viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici;
- 3) il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, in caso di rifiuto, Ella non potrà essere inserito in detta graduatoria;
- 4) i dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Umbria;
- 5) l'art.13 e 7 della citata legge Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra cui quello di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento;
- 6) titolare del trattamento dei dati è la Direzione Aziendale dell'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n.2 con sede provvisoria in Terni – Via Donato Bramante n.37 – cap 05100.

Il/la sottoscritto/a _____ autorizza l'amministrazione al trattamento dei propri dati personali:

Data _____ Firma del dichiarante _____