ALLEGATO A)

**Indicazioni operative per l'avvio del percorso di certificazione regionale in attuazione del Decreto del Ministero della Salute 4 giugno 2015.**

Con D.M. 4 giugno 2015 sono stati individuati i criteri per la certificazione dell’esperienza triennale nel campo delle cure palliative dei medici in servizio presso le reti dedicate alle stesse di cui alla Legge 27 dicembre 2013, n. 147.

Nella Regione Umbria la rete di cure palliative è costituita da strutture pubbliche accreditate. Le Aziende sanitarie regionali erogano cure palliative, in assistenza domiciliare o presso apposite strutture (hospice e centri di terapia del dolore), attraverso convenzioni stipulate con Associazioni no profit che si avvalgono di medici iscritti alle associazioni stesse. Tali medici in servizio presso tali reti, come i medici dipendenti pubblici, se privi della specializzazione o in possesso di una specializzazione diversa da quella di cui al decreto del DM 28/3/2013, potranno presentare istanza ai fini del rilascio di certificazione dell’esperienza triennale nel campo delle cure palliative, anche non continuativa, posseduta alla data di entrata in vigore della L. n. 147/2013 (1/1/2014).

**CRITERI SOGGETTIVI**

Possono presentare istanza i medici non in possesso di una specializzazione o in possesso di una specializzazione diversa da quelle inserite nel DM 28/3/2013 (Ematologia, Geriatria, Malattie infettive, Medicina interna, Neurologia, Oncologia, Pediatria, Radioterapia e Anestesiologia e rianimazione) che abbiano svolto attività nel campo delle cure palliative, alla data di entrata in vigore della L. n. 147/2013 (1° gennaio 2014) per almeno tre anni, anche non continuativi, presso le strutture delle reti dedicate alle cure palliative pubbliche della Regione Umbria, secondo le modalità precedentemente riportate.

**PRESENTAZIONE DELL’ISTANZA:**

L’istanza per il rilascio della certificazione dell’esperienza professionale nel campo delle cure palliative dovrà essere redatta secondo lo schema allegato al presente atto, alla quale deve essere apposta una **marca da bollo da € 16,00**.

L’istanza potrà essere spedita:

a) o a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento al seguente indirizzo: Regione Umbria – Direzione Salute, Welfare. Organizzazione e Risorse umane – Via Mario Angeloni, 61 – CAP 06124 Perugia, indicando sulla busta l’oggetto della procedura: “Istanza rilascio certificazione dell’esperienza professionale nel campo delle cure palliative – DM 4/6/2015”. **Al materiale dovrà essere inoltre allegata la fotocopia di un documento di identità valido**;

b) o a mezzo posta elettronica certificata (PEC) all’indirizzo: direzione.salute@postacert.umbria.it utilizzabile esclusivamente per i possessori di casella di posta elettronica certificata indicando nell’oggetto: “Istanza rilascio certificazione dell’esperienza professionale nel campo delle cure palliative – DM 4/6/2015” , e inviando separatamente a mezzo posta la marca da bollo da € 16,00 con le medesime modalità di cui al punto a). Tutti i documenti allegati alla PEC dovranno essere firmati in ogni singola pagina e dovranno essere inviati in formato PDF. **All’invio deve essere inoltre allegata la scansione di un documento di identità valido**.

L’istanza di rilascio della certificazione dell’esperienza professionale nel campo delle cure palliative dovrà essere spedita a partire dal giorno successivo alla pubblicazione nel B.U.R. della Regione Umbria del presente atto, ed entro il termine di 18 mesi dalla data di entrata in vigore (**16 gennaio 2017**) del DM 4 giugno 2015. Nel caso detti giorni siano festivi, i termini sono prorogati agli stessi giorni successivi non festivi.

In caso di spedizione tramite raccomandata, la data di spedizione dell’istanza è stabilita e comprovata dalla data apposta dall’Ufficio Postale accettante. In caso di spedizione tramite PEC la data di spedizione dell’istanza è stabilita e comprovata dalla data di spedizione della comunicazione.

L‘istanza deve essere corredata dalla documentazione sotto indicata:

**Medici in servizio appartenenti ad Associazioni no profit in convenzione con aziende sanitarie:**

Il medico deve presentare istanza, in bollo (come da fac-simile allegato), corredata:

- stato di servizio rilasciato dal rappresentante legale (o suo delegato) e dal Direttore sanitario, ove presente, dell’Associazione no profit a cui il medico era aderente, alla data di entrata in vigore della L.n. 147/2013 (1° gennaio 2014);

- certificato rilasciato dal Responsabile della Struttura dell’Azienda in cui ha operato il medico, attraverso una convenzione stipulata con l’Associazione no profit cui lo stesso aderisce, nel quale si attesta la durata dell’attività svolta e le competenze acquisite, sulla base dell’elenco delle competenze previste, come riportate nell’Allegato B;

- certificazione del Direttore sanitario dell’Azienda sanitaria cui la struttura pubblica afferisce, che conferma l’esperienza professionale acquisita, di cui al punto precedente, così come previsto dal comma 2 dell’art. 1 del DM 4/06/2015.

**INFORMATIVA AI SENSI DELL’ART 13 DEL D. LGS 30.6.2003, N. 196**

La Regione Umbria informa, ai sensi dell’art. 13 del D.Lgs 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente per le finalità strettamente necessarie e connesse alla presente procedura di rilascio della certificazione ai sensi del decreto 4 giugno 2015 “Individuazione dei criteri per la certificazione della esperienza triennale nel campo delle cure palliative dei medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate, di cui alla legge 27 dicembre 2013 n.147, comma 425”, in modo lecito e secondo correttezza e secondo i principi della pertinenza, completezza e non eccedenza rispetto alla finalità sopra indicata, a salvaguardia dei diritti di cui all’art. 7 del D.Lgs 196/2003.

Per tali finalità l’acquisizione dei dati è necessaria. Il loro mancato conferimento comporterà l’esclusione dalla procedura di certificazione. I dati stessi non saranno in alcun modo oggetto di diffusione. Essi potranno essere comunicati unicamente ai soggetti pubblici e privati coinvolti nello specifico procedimento, nei casi e per le finalità previste da leggi, regolamenti, normativa comunitaria o Contratti collettivi nazionali di lavoro, al fine di garantire la gestione di tutte le fasi del procedimento stesso.

I dati saranno trattati mediante strumenti cartacei, informatici, telematici e telefonici.

Il Titolare del trattamento dei dati personali di cui alla presente Informativa è la Regione Umbria, con sede a Perugia, Via Mario Angeloni, 61 – cap. 06124.

La Regione Umbria ha designato quale Responsabile del trattamento, il Dirigente del Servizio “Politiche di sviluppo delle risorse umane del S.S.R, semplificazione in materia sanitaria e patrimonio delle Aziende sanitarie. Riforme” della Direzione regionale Salute, Welfare. Organizzazione e Risorse umane.

|  |  |
| --- | --- |
| ISTANZA RILASCIO DELLA CERTIFICAZIONE DELL’ESPERIENZA PROFESSIONALE NEL CAMPO DELLE CURE PALLIATIVE | C:\Users\amfelici\Desktop\Logo Regione Umbria.jpg |
| **Al Direttore Regionale**  **Salute, Welfare, Organizzazione e Risorse umane** | **MARCA DA BOLLO € 16,00** |

 Posta Elettronica Certificata

 Raccomandata A.R.

(barrare la casella)

La /Il Sottoscritta/o, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Nome e Cognome)*

nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Luogo di nascita)*

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Chiede** il rilascio della certificazione ai sensi del decreto 4 giugno 2015 “Individuazione dei criteri per la certificazione della esperienza triennale nel campo delle cure palliative dei medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche accreditate, di cui alla legge 27 dicembre 2013 n.147, comma 425”.

A TAL FINE DICHIARA

ai sensi e per gli effetti previsti dall’art.46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, con valore di dichiarazioni sostitutive di certificazione, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art.79 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci o produzione di atti falsi,:

􀀀 di possedere il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso l’Università degli Studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

􀀀 di non essere in possesso di alcuna specializzazione; o

􀀀 di possedere il diploma di specializzazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, conseguito in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso l’Università degli Studi di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

􀀀 di essere iscritto all’Ordine professionale con indicazione della Provincia di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

􀀀 di essere in possesso dell’esperienza professionale triennale richiesta ai sensi del decreto 4 giugno 2015;

􀀀 che, alla data di entrata in vigore della L. n. 147/2013 (1° gennaio 2014), era iscritto all’Associazione no-profit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ed in servizio presso la seguente struttura pubblica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ facente parte della rete dedicata alle cure palliative della Regione Umbria, in regime di convenzione con l’Associazione no profit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Allega :

􀀀 stato di servizio rilasciato dal Legale rappresentante e controfirmato, ove presente, dal Direttore Sanitario, dell’Associazione no profit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

􀀀 certificato del Responsabile della Struttura dell’Azienda pubblica che attesta sia la durata dell’attività svolta dal medico in convenzione con l’Associazione no profit sia le competenze acquisite dallo stesso, come elencate nell’Allegato B alla d.g.r. n. \_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

􀀀 certificazione del Direttore sanitario dell’Azienda sanitaria che conferma l’esperienza professionale acquisita, di cui al punto precedente, ai sensi del comma 2 dell’art. 1 del DM 4/06/2015;

􀀀 fotocopia/scansione del documento di identità valido;

Chiede infine che ogni comunicazione relativa alla presente domanda venga fatta al seguente indirizzo:

Nome e Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

oppure, al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC):

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

(per esteso e leggibile)