

**Allegato A al Decreto n. 281 del 15/12/2011** pag. 1/1**AVVERTENZE GENERALI**

I pediatri interessati potranno presentare o spedire con Raccomandata all'Azienda ULSS/alle Aziende ULSS competente/i indicata/e nel decreto, domanda di partecipazione all'assegnazione dell'incarico - *per trasferimento o per graduatoria* - secondo il fac-simile di cui agli Allegati B e C (per Trasferimento) e l'Allegato D (per Graduatoria), in regola con le vigenti norme in materia di imposta di bollo. Il termine, ai sensi dell'art. 33 comma 13 dell'ACN 15/12/2005 e s.m.i., è di 15 giorni a decorrere dal giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso nel BURV. Per le domande spedite con raccomandata fa fede il timbro dell'Ufficio postale di partenza.

Ai sensi dell'art. 15 comma 11 dell'ACN 15/12/2005 e s.m.i. "*I pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato ai sensi del presente Accordo non possono fare domanda di inserimento nella graduatoria e, pertanto, possono concorrere alla assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.*" Si richiama, pertanto, l'attenzione dei pediatri interessati sul fatto che l'essere convenzionato per la pediatria di libera scelta, *alla data di presentazione della presente domanda*, non consente di partecipare alla procedura di assegnazione delle carenze per graduatoria, poiché, come detto, il vigente ACN dispone che i pediatri già convenzionati possano concorrere all'assegnazione di una nuova zona carente SOLO PER TRASFERIMENTO.

Premesso ciò, possono concorrere al conferimento degli incarichi:

a) per Trasferimento – PLS già convenzionati in Regione Veneto (Allegato B):

i pediatri che risultano già iscritti in uno degli elenchi dei pediatri convenzionati per la pediatria di famiglia della Regione Veneto, a condizione che risultino iscritti da almeno tre anni e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale. *La data cui far riferimento per la maturazione degli anni di iscrizione negli elenchi di provenienza è quella della scadenza del termine per la presentazione della domanda utile ad ottenere il trasferimento nella zona carente.*

a1) per Trasferimento – PLS convenzionati presso altra Regione (Allegato C):

i pediatri che risultano già inseriti in un elenco di pediatria di altra Regione a condizione che risultino iscritti da almeno cinque anni e che al momento dell'attribuzione del nuovo incarico non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, eccezion fatta per attività di continuità assistenziale. *La data cui far riferimento per la maturazione degli anni di iscrizione negli elenchi di provenienza è quella della scadenza del termine per la presentazione della domanda utile ad ottenere il trasferimento nella zona carente.*

b) per Graduatoria (Allegato D):

i medici iscritti nella graduatoria regionale per la pediatria di libera scelta in corso di validità.

Per tale fattispecie, ai sensi dell'art. 33, comma 3, dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, reso esecutivo con intesa tra Stato-Regioni in data 15/12/2005 e s.m.i., i pediatri aspiranti all'incarico sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

- attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'art. 15;
- attribuzione di punti 6 a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico;
- attribuzione di punti 10 ai pediatri residenti nell'ambito della Regione Veneto da almeno due anni antecedenti la scadenza del termine di presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico.

Art. 33, comma 8 dell'ACN: Il pediatra che abbia accettato l'incarico ai sensi dell'art. 34, co. 1, è cancellato dalla graduatoria regionale in corso di validità.

Eventuali ulteriori informazioni possono essere richieste direttamente al competente ufficio dell'Azienda indicata nel Decreto.

NOTA BENE

Principi applicabili a tutti i trattamenti effettuati da soggetti pubblici – art. 18, D.L.vo n. 196 del 30/06/2003: i dati personali che l'Amministrazione regionale acquisisce, verranno trattati esclusivamente per lo svolgimento degli adempimenti istituzionali previsti dall'art. 33 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, reso esecutivo con intesa tra Stato-Regioni in data 15/12/2005 e s.m.i..



Allegato B al Decreto n. 281 del 15/12/2011 pag. 1/1

RACCOMANDATA

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DI INCARICHI NELLE ZONE CARENTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA PER TRASFERIMENTO

Modulo da compilare a cura dei pediatri convenzionati presso la REGIONE VENETO

[ACN per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, es. con Intesa Stato-Regioni in data 15/12/2005 e s.m.i. art. 33, co. 2 lett. a)]

MARCA DA BOLLO

Al Direttore Generale Azienda U.L.S.S. n. _____

(riportare l'indirizzo indicato nel Decreto)

Il sottoscritto Dott. _____, nato a _____ prov. _____ il _____, residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____ cap _____, tel. _____ Cod. fiscale _____, titolare di incarico a tempo indeterminato per la pediatria di libera scelta

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 33, co. 2, lett. a), dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, reso esecutivo con Intesa tra Stato-Regioni in data 15/12/2005 e s.m.i., per l'assegnazione degli incarichi nelle seguenti zone carenti pediatriche, pubblicate nel B.U.R. della Regione del Veneto n. _____ del _____:

- Distretto/Ambito/Comune/i _____;
- Distretto/Ambito/Comune/i _____;
- Distretto/Ambito/Comune/i _____

A tal fine consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 28.12.2000, n. 445, per comprovare l'anzianità complessiva di incarico di pediatria di libera scelta

DICHIARA

ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà) di essere in possesso del seguente titolo di servizio:

() titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta ed iscritto nell'elenco dei medici pediatri dell'Azienda Unità Locale Socio Sanitaria n. _____ di _____ per l'ambito territoriale (Distretto) di _____ Comune _____ della REGIONE VENETO, dal (g/m/a) _____ e con anzianità complessiva pari a mesi _____ (1).

Dichiara: [] di non aver presentato domanda in altre Aziende UU.LL.SS.SS.
[] di aver presentato domanda nelle seguenti Aziende UU.LL.SS.SS.: _____

Conferma che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

La presentazione dell'atto sostitutivo di notorietà per l'accertamento di eventuali posizioni di incompatibilità (Allegato I all'ACN dei medici pediatri di libera scelta, esecutivo con Intesa tra Stato-Regioni in data 15/12/2005 e s.m.i.) è rinviato al momento dell'eventuale conferimento di incarico.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo (se diverso dalla residenza):

Data _____ firma per esteso (2) _____

(1) Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità della dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, il pediatra può trasmettere una copia fotostatica, anche non autenticata, del certificato di servizio di cui sia in possesso
(2) La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia accompagnata da copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore.



Allegato C al Decreto n. 281 del 15/12/2011 pag. 1/1

RACCOMANDATA

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DI INCARICHI NELLE ZONE CARENTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA PER TRASFERIMENTO

Modulo da compilare a cura dei pediatri convenzionati presso ALTRA REGIONE

[ACN per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, es. con Intesa Stato-Regioni in data 15/12/2005 e s.m.i. art. 33, co. 2 lett. a1)]

MARCA DA BOLLO

Al Direttore Generale Azienda U.L.S.S. n. _____

(riportare l'indirizzo indicato nel Decreto)

Il sottoscritto Dott. _____, nato a _____ prov. _____ il _____, residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____ cap _____, tel. _____ Cod. fiscale _____, titolare di incarico a tempo indeterminato per la pediatria di libera scelta

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall'art. 33, co. 2, lett. a1), dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, reso esecutivo con intesa tra Stato-Regioni in data 15/12/2005 e s.m.i., per l'assegnazione degli incarichi nelle seguenti zone carenti pediatriche, pubblicate nel B.U.R. della Regione del Veneto n. _____ del _____:

- Distretto/Ambito/Comune/i _____;
- Distretto/Ambito/Comune/i _____;
- Distretto/Ambito/Comune/i _____

A tal fine consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 28.12.2000, n. 445, per comprovare l'anzianità complessiva di incarico di pediatria di libera scelta

DICHIARA

ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà) di essere in possesso del seguente titolo di servizio:

() titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta ed iscritto nell'elenco dei medici pediatri dell'Azienda Sanitaria n. _____ di _____ per l'ambito territoriale (Distretto) di _____ Comune _____ della Regione _____ dal (g/m/a) _____ e con anzianità complessiva pari a mesi _____ (1).

Dichiara: [] di non aver presentato domanda in altre Aziende UU.LL.SS.SS.
[] di aver presentato domanda nelle seguenti Aziende UU.LL.SS.SS.: _____

Conferma che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

La presentazione dell'atto sostitutivo di notorietà per l'accertamento di eventuali posizioni di incompatibilità (Allegato I all'ACN dei medici pediatri di libera scelta, esecutivo con Intesa tra Stato-Regioni in data 15/12/2005 e s.m.i.) è rinviato al momento dell'eventuale conferimento di incarico.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo (se diverso dalla residenza):

Data _____ firma per esteso (2) _____

(1) Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità della dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, il pediatra può trasmettere una copia fotostatica, anche non autenticata, del certificato di servizio di cui sia in possesso, da ritenersi comunque necessaria per i pediatri iscritti negli elenchi di una Regione diversa dalla Regione del Veneto.

(2) La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia accompagnata da copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore.

**Allegato D al Decreto n. 281 del 15/12/2011** pag. 1/1**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA ASSEGNAZIONE DI INCARICHI NELLE ZONE CARENTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA PER GRADUATORIA**

[ACN per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, es. con Intesa tra Stato-Regioni in data 15/12/2005 e s.m.i. art. 33, co. 2 lett. b)]

MARCA
DA
BOLLO

Al Direttore Generale
Azienda U.L.S.S. n. _____

(riportare l'indirizzo indicato nel Decreto)

Il sottoscritto Dott. _____,
nato a _____ prov. _____ il _____,
Cod. fiscale _____, residente a _____
prov. _____ via _____ n. _____ cap _____
a far data dal _____, tel. _____, inserito nella graduatoria unica
regionale di cui all'art. 15 dell'ACN dei medici pediatri di libera scelta, esecutivo con Intesa tra Stato-Regioni in
data 15/12/2005 e s.m.i., valevole per l'anno in corso

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall'art. 33, co. 2, lett. b) dell'ACN dei medici pediatri di libera scelta, esecutivo con intesa
tra Stato-Regioni in data 15/12/2005 e s.m.i., per l'assegnazione degli incarichi nelle seguenti zone carenti
pediatriche pubblicate nel BUR della Regione del Veneto n. _____ del _____:

- Distretto/Ambito/Comune/i _____
- Distretto/Ambito/Comune/i _____
- Distretto/Ambito/Comune/i _____

Dichiara: di non aver presentato domanda in altre Aziende U.U.L.L.S.S.S.S.
 di aver presentato domanda nelle seguenti Aziende U.U.L.L.S.S.S.S.: _____.

Conferma che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

La presentazione dell'atto sostitutivo di notorietà per l'accertamento di eventuali posizioni di incompatibilità
(Allegato I dell'ACN dei medici pediatri di libera scelta, esecutivo con Intesa tra Stato-Regioni in data 15/12/2005
e s.m.i.) è rinviato al momento dell'eventuale conferimento di incarico.

Per l'attribuzione del *punteggio relativo alla residenza*, allega alla presente certificato storico di residenza o
autocertificazione e dichiarazione sostitutiva (1) da cui si evince:

- a) data di inizio della residenza nella Regione del Veneto senza soluzione di continuità;
- b) data di inizio della residenza, senza soluzione di continuità, in un Comune compreso nell'ambito territoriale per
il quale il candidato concorre.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo (se diverso dalla residenza):

Data _____

firma per esteso (2) _____

- (1) la sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia accompagnata da copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore.
- (2) La sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione.