

Regione del Veneto
Area Sanità e Sociale
Sezione Attuazione programmazione sanitaria
Settore assistenza Distrettuale e Cure primarie
Palazzo ex INAM - Rio Novo - Dorsoduro, 3493
30123 - Venezia

Marca da bollo
da €. 16

ISTANZA DI RILASCIO DELLA CERTIFICAZIONE DELL'ESPERIENZA PROFESSIONALE SVOLTA NELLA RETE DELLE CURE PALLIATIVE,

Il/La sottoscritto/a

.....
.....

nato/a ila

.....

residente a in via

..... n.

tel.....mail

.....pec.....

CHIEDE

IL RILASCIO DELLA CERTIFICAZIONE DELL'ESPERIENZA PROFESSIONALE SVOLTA NELLA RETE DELLE CURE PALLIATIVE AI SENSI DELLA D.G.R.V. N. 541 DEL 26.4.2016.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi (ex art. 76 - D.P.R. n. 445/2000)

DICHIARA

(barrare le caselle selezionate)

di essere stato in servizio alla data di entrata in vigore della Legge 27 dicembre 2013 n. 147 (cioè al **1.1.2014**) nelle reti dedicate alle cure palliative, pubbliche o private accreditate, che erogano attività assistenziali in sede ospedaliera, domiciliare e residenziale, così come individuate nell'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012, di aver svolto al 1.1.2014 attività nel campo delle cure palliative presso le reti in questione per almeno tre anni anche non continuativi e di aver maturato l'esperienza lavorativa di cui sopra:

- esclusivamente presso strutture ubicate nella Regione Veneto
- in parte presso strutture ubicate nella Regione Veneto

oppure:

di essere stato in servizio alla data di entrata in vigore della Legge 27 dicembre 2013 n. 147 (cioè al **1.1.2014**) presso enti o strutture che erogano attività assistenziali di cure palliative che hanno presentato istanza per l'accreditamento istituzionale e di aver maturato al 1.1.2014 presso le stesse strutture che hanno presentato istanza di accreditamento, ovvero presso strutture pubbliche o private accreditate anche di altre Regioni, almeno tre anni di attività anche non continuativa nel campo delle cure palliative

di aver svolto l'attività almeno triennale di cui sopra come segue:

[n.b. indicare lo stato di servizio specificando: denominazione delle strutture (va indicata la denominazione dell'azienda ulss /azienda ospedaliera/altra struttura pubblica o privata ove si è prestato servizio) , natura delle stesse (pubblica/privata accreditata/in fase di accreditamento istituzionale), sedi (indirizzo e recapiti), data di inizio e di conclusione del rapporto]

denominazione struttura
Natura
Sede
data di inizio del rapporto
data di conclusione del rapporto

denominazione struttura
Natura
Sede
data di inizio del rapporto
data di conclusione del rapporto

denominazione struttura
Natura
Sede
data di inizio del rapporto
data di conclusione del rapporto

che l'esperienza lavorativa almeno triennale sopra citata è stata maturata nel campo delle "reti delle cure palliative", inteso - alla luce di quanto disposto dall'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 25 luglio 2012 e come indicato nella DGRV n. 541 del 26.4.2016 – come il complesso delle strutture che:

- si occupano di malati oncologici o cronici complessi che abbisognano di cure palliative;
- operano per tali malati con un approccio organizzato in equipe multiprofessionali in cui sia prevista la collaborazione tra specialisti, medici di famiglia, infermieri ed altre professionalità coinvolte nella presa in carico della persona
- presentano *setting* assistenziali che possono essere sia di tipo ospedaliero che territoriale, nonché ambulatoriale, residenziale e domiciliare

a tal fine dichiara:
(inserire eventualmente quanto ritenuto utile in argomento)

.....
.....
.....

di non essere in possesso di specializzazione

oppure

di essere in possesso della seguente specializzazione, diversa da quelle di cui al Decreto del Ministero della Salute del 28 marzo 2013:
(indicare le specializzazione conseguite: n.b. le specializzazioni indicate devono essere diverse dalle specializzazioni in Cure palliative, Ematologia, Geriatria, Malattie Infettive, Medicina Interna, Neurologia, Oncologia, Pediatria, Radioterapia e Anestesiologia e rianimazione)

.....

Al fine del rilascio della certificazione richiesta, il sottoscritto:

- allega copia del documento contenente lo stato di servizio rilasciato dal rappresentante legale (Direttore generale dell'ULSS o dell'azienda ospedaliera, oppure analoga figura in caso di altra struttura pubblica o privata) della struttura presso la quale era in servizio al 1 gennaio 2014 *(facoltativo)*

- allega copia della/e dichiarazione/i del/dei Direttore/i Sanitario/i delle strutture pubbliche o private ove ha presto servizio, attestante che ha effettuato l'attività nel campo delle cure palliative *(facoltativo)*

Il sottoscritto inoltre:

- appone alla presente istanza una marca una da bollo da euro 16,00 - serie n.
(**n.b. è necessario riportare obbligatoriamente gli estremi della marca da bollo solo nel caso di invio dell'istanza tramite PEC**)

- allega fotocopia semplice di un documento di riconoscimento in corso di validità;

- autorizza il trattamento dei dati personali, ai sensi del D.lgs. 196 del 30 giugno 2003 " Codice in materia di protezione dei dati personali" nell'ambito e per le finalità connesse alla domanda presentata.

- indica quale recapito per ogni comunicazione (**compilare solo nel caso di recapito diverso dalla residenza**)
.....
.....

Data.....

Il dichiarante

.....

Modalità di presentazione dell'istanza

- **Modalità di presentazione**

L'istanza, debitamente compilata e sottoscritta, dovrà essere inviata **entro e non oltre il 16 gennaio 2017:**

- tramite raccomandata con avviso di ricevimento (unitamente a una copia non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore) indirizzata a:

*Regione del Veneto, Area Sanità e Sociale,
Sezione Attuazione programmazione sanitaria- Settore assistenza Distrettuale e Cure primarie;
Palazzo ex INAM - Rio Novo, Dorsoduro 3493, 30123 -Venezia*

oppure:

- a mezzo PEC utilizzabile per i possessori di casella di posta elettronica certificata nominativa dell'interessato (unitamente a una copia per immagine di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore) indirizzata a:

area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it.

Le necessarie indicazioni operative per i possessori di PEC sono rinvenibili al seguente indirizzo:

<http://www.regione.veneto.it/web/affari-general/pec-regione-veneto>

Nel caso di invio tramite raccomandata con avviso di ricevimento si terrà conto della data di invio apposta dall'Ufficio postale accettante.

Nel caso di invio a mezzo PEC nominativa dell'interessato la data di spedizione della domanda è comprovata dalla data di invio della PEC stessa.

Non sono ammissibili le domande presentate con modalità diverse da quelle previste.

Le domande trasmesse oltre il termine indicato non saranno considerate valide.

- **Assolvimento marca da bollo**

All'istanza deve obbligatoriamente essere applicata una marca da bollo da € 16.00.

- **Precisazioni**

La certificazione sarà rilasciata entro 90 giorni dal ricevimento dell'istanza.

Secondo quanto stabilito dall'articolo 2, comma 7 della L. 241/1990 il predetto termine potrà essere sospeso, per una sola volta e per un periodo non superiore a trenta giorni, per l'acquisizione di informazioni, certificazioni relative a fatti, stati o qualità non attestati in documenti già in possesso dell'Amministrazione regionale o non direttamente acquisibili presso altre Amministrazioni.

L'Amministrazione si riserva in ogni caso di effettuare le opportune verifiche sulle dichiarazioni rese dagli interessati ai sensi del DPR 445/2000.

Dell'avvenuto rilascio della certificazione verrà data comunicazione all'interessato all'indirizzo dallo stesso indicato; il provvedimento verrà pubblicato in forma integrale nel Bollettino Ufficiale della Regione Veneto.

- **Per informazioni:**

Regione del Veneto,
Area Sanità e Sociale

Sezione Attuazione programmazione sanitaria - Settore assistenza Distrettuale e Cure primarie

cureprimarie@regione.veneto.it

Tel. 041 2793404-3529

