**Marca da bollo Allegato A**

 **Euro 16,00**

RACCOMANDATA A.R.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL’ASSEGNAZIONE DI INCARICHI NEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PEDIATRICA

(**per trasferimento**)

Azienda USL di Bologna

Dipartimento Cure Primarie

Settore Convenzioni Nazionali

Via S. Isaia, 94/A

40123 BOLOGNA

Il sottoscritto Dr................................................................nato .a..............................il............................

residente a........................................prov.........Via................................................................n...............

CAP........................tel………….........……………cell.....................................................…………………

e-mail: ……………………………………………………………………………………………………………

titolare di incarico a tempo indeterminato per la pediatria di libera scelta

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO

secondo quanto previsto dall’art.4, comma 1, dell’ACN per la pediatria di libera scelta 21.06.2018 - che richiama l’art.33, comma 5, lettere a) e b) dell’ACN per la pediatria di libera scelta 15.12.2005 e sm.i. - per l’assegnazione degli ambiti territoriali carenti di assistenza pediatrica pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n. 94 del 30 marzo 2020, come di seguito indicato:

***(riportare il codice tra parentesi che identifica gli ambiti carenti)***

ASL di.……….………. n...........n.............n..............n...............n.............n............n.............n............n……..n……

ASL di.……….………. n...........n.............n..............n...............n.............n............n.............n............n……..n……

ASL di.……….………. n...........n.............n..............n...............n.............n............n.............n............n……..n……

ASL di.……….………. n...........n.............n..............n...............n.............n............n.............n............n……..n……

ASL di.……….………. n...........n.............n..............n...............n.............n............n.............n............n……..n……

ASL di.……….………. n...........n.............n..............n...............n.............n............n.............n............n……..n……

ASL di.……….………. n...........n.............n..............n...............n.............n............n.............n............n……..n……

ASL di.……….………. n...........n.............n..............n...............n.............n............n.............n............n……..n……

ASL di.……….………. n...........n.............n..............n...............n.............n............n.............n............n……..n……

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall’art.76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47del DPR 445/00:

DICHIARA

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l’Università degli Studi di……………..........................................…………………in data……………..……….con voto………..............;
2. di aver conseguito il diploma di specializzazione in pediatria in data.........................con voto............presso l’Università degli Studi di..................................................................................................................................;
3. di essere iscritto all’Ordine dei Medici di..........................................................................................................;
4. di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatra di libera scelta presso l’Azienda USL di......................ambito territoriale.................................................della Regione.................... dal…...…….(\*) (*detratti i periodi di eventuale sospensione dall’incarico*;
5. di essere stato precedentemente titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatra di libera scelta:(\*)

 dal.....................al........................presso ASL..........................................Regione............................................

 dal.....................al........................presso ASL..........................................Regione............................................

 dal.....................al........................presso ASL..........................................Regione............................................

 dal.....................al........................presso ASL..........................................Regione............................................

 *(detratti i periodi di eventuale sospensione dall’incarico)*

1. di svolgere/non svolgere altra attività a qualsiasi titolo nell’ambito del Servizio Sanitario Nazionale, (*in caso affermativo specificare il tipo di attività..........................................................................................................).*

*L’atto sostitutivo di notorietà per l’accertamento di eventuali posizioni di incompatibilità (Allegato I all’ACN per la pediatria di libera scelta) è rimandato al momento dell’eventuale accettazione di incarico.*

DICHIARA INOLTRE

**di essere a conoscenza che la procedura di assegnazione per trasferimento degli ambiti territoriali carenti avverrà il giorno MARTEDI’ 7 LUGLIO 2020 presso la Regione Emilia-Romagna, SALA n.315/C (3° piano) – viale A. Moro, 21 – BOLOGNA alle ore 9,30 secondo le modalità indicate nell’avviso e che nessuna comunicazione ulteriore verrà inviata ai fini della convocazione.**

Chiede che ogni comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo:

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

Data Firma (\*\*)

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

(\*) Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità delle dichiarazioni, si invita il medico a trasmettere copia fotostatica del/i certificato/i di servizio di cui eventualmente sia già in possesso;

(\*\*) La sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art.38 del DPR 445/00).

**Marca da bollo Allegato B**

 **Euro 16,00**

RACCOMANDATA A.R.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL’ASSEGNAZIONE DI INCARICHI NEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PEDIATRICA

**(per graduatoria)**

Azienda USL di Bologna Dipartimento Cure Primarie

Settore Convenzioni Nazionali

Via S. Isaia, 94/A

40123 BOLOGNA

Il sottoscritto Dr....................................................................nato a...............................il........................

residente a...........................................prov.........Via.....................................................................n.......

CAP........................tel………….........……………cell.....................................................…………………

e-mail: ……………………………………………………………………………………………………………

inserito nella graduatoria regionale per la pediatria di libera scelta valevole per l’anno 2020 (pubblicata nel BUR n. 391 del 29 novembre 2019, in seguito rettificata con determinazione del Responsabile del Servizio Assistenza Territoriale n.1984 del 5 febbraio 2020, così come pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione n. 27 del 11 febbraio 2020)

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall’art.4, comma 1, dell’ACN per la pediatria di libera scelta 21.06.2018 - che richiama l’art.33, comma 5, lett.c) dell’ACN per la pediatria di libera scelta 15.12.2005 e s.m.i. - per l’assegnazione degli incarichi negli ambiti territoriali carenti di assistenza pediatrica pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n. 94 del 30 marzo 2020, come di seguito indicato:

***(riportare il codice tra parentesi che identifica gli ambiti carenti)***

ASL di.……….………. n...........n.............n..............n...............n.............n............n.............n............n……..n……

ASL di.……….………. n...........n.............n..............n...............n.............n............n.............n............n……..n……

ASL di.……….………. n...........n.............n..............n...............n.............n............n.............n............n……..n……

ASL di.……….………. n...........n.............n..............n...............n.............n............n.............n............n……..n……

ASL di.……….………. n...........n.............n..............n...............n.............n............n.............n............n……..n……

ASL di.……….………. n...........n.............n..............n...............n.............n............n.............n............n……..n……

ASL di.……….………. n...........n.............n..............n...............n.............n............n.............n............n……..n……

ASL di.……….………. n...........n.............n..............n...............n.............n............n.............n............n……..n……

ASL di.……….………. n...........n.............n..............n...............n.............n............n.............n............n……..n……

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall’art.76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000:

DICHIARA

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l’Università degli Studi di……….......................................................………in data…….............………….con voto……………..............;
2. di aver conseguito il diploma di specializzazione in pediatria in data............................con voto.....................
3. essere iscritto all’Ordine dei Medici di................................................................................................................;
4. di essere iscritto nella graduatoria regionale per la pediatria di libera scelta valevole per il 2020 con punti………....... e che alla data di scadenza per la presentazione della domanda di inserimento/integrazione titoli nella graduatoria (31.01.2019) non era titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria;
5. di essere residente nel Comune di…………………………dal……..….........(*giorno/mese/anno*) a tutt’oggi (\*);

- precedenti residenze:

 dal………………..al…………………Comune di……………..................................…………prov.............

 dal………………..al…………………Comune di………………………..................................prov.............

 dal………………..al…………………Comune di……………………......................................prov............

DICHIARA INOLTRE

- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta, anche se iscritto nella vigente graduatoria regionale

*L’atto sostitutivo di notorietà per l’accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità (Allegato I all’ACN per la pediatria di libera scelta) è rimandato al momento dell’eventuale accettazione di incarico.*

**di essere a conoscenza che la procedura di assegnazione per graduatoria degli ambiti territoriali carenti avverrà il giorno MARTEDI’ 7 LUGLIO 2020 presso la Regione Emilia-Romagna, SALA n.315/C (3° piano) – viale A.Moro, 21 – BOLOGNA alle ore 10,30 secondo le modalità indicate nell’avviso e che nessuna comunicazione ulteriore verrà inviata ai fini della convocazione;**

- di essere a conoscenza che la mancata indicazione nella presente domanda dei dati relativi alla residenza, almeno a decorrere dal 31.01.2017, di cui al precedente punto 5, comporta la non assegnazione dei punteggi aggiuntivi (10 punti per la residenza in ambito regionale e 6 punti per la residenza nell’ambito territoriale dichiarato carente) previsti dall’art.4, comma 1, dell’ACN per la pediatria di libera scelta 21.06.2018 - che richiama l’art.33, comma 7, lettere b) e c) dell’ACN per la pediatria di libera scelta 15.12.2005 e s.m.i.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo:

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

Data Firma (\*\*)

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

(\*) La residenza deve essere dichiarata almeno a decorrere dal 31.01.2017. La mancata indicazione nella domanda dei dati relativi alla residenza, comporta la non assegnazione dei punteggi aggiuntivi, previsti dall’art.4, comma 1, dell’ACN per la pediatria di libera scelta 21.06.2018 - che richiama l’art.33, comma 7, lettere b) e c) dell’ACN per la pediatria di libera scelta 15.12.2005 e s.m.i.

(\*\*) La sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art.38 del DPR 445/00).

**Marca da bollo Allegato C**

 **Euro 16,00**

RACCOMANDATA A.R.

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL’ASSEGNAZIONE DI INCARICHI NEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PEDIATRICA

**(pediatri che hanno acquisito il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti successivamente al 31.01.2019 – come specificato al punto c) dell’Allegato n.1)**

Azienda USL di Bologna

Dipartimento Cure Primarie

Settore Convenzioni Nazionali

Via S. Isaia, 94/A

40123 BOLOGNA

Il sottoscritto Dr................................................................nato .a................................................il............................

residente a..............................................prov.........Via...........................................................................n...............

CAP............................tel………….........……………..………cell.....................................................…………………

e-mail: …………………………………………………………………………………………………………………………

FA DOMANDA

secondo quanto previsto dall’art.4, comma 1, dell’ACN per la pediatria di libera scelta 21.06.2018 - che richiama l’art.33, comma 5, lett.d) dell’ACN per la pediatria di libera scelta 15.12.2005 e s.m.i. - per l’assegnazione degli incarichi negli ambiti territoriali carenti di assistenza pediatrica pubblicati nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n. 94 del 30 marzo 2020, come di seguito indicato:

***(riportare il codice tra parentesi che identifica gli ambiti carenti)***

ASL di.……….………. n...........n.............n..............n...............n.............n............n.............n............n……..n……

ASL di.……….………. n...........n.............n..............n...............n.............n............n.............n............n……..n……

ASL di.……….………. n...........n.............n..............n...............n.............n............n.............n............n……..n……

ASL di.……….………. n...........n.............n..............n...............n.............n............n.............n............n……..n……

ASL di.……….………. n...........n.............n..............n...............n.............n............n.............n............n……..n……

ASL di.……….………. n...........n.............n..............n...............n.............n............n.............n............n……..n……

ASL di.……….………. n...........n.............n..............n...............n.............n............n.............n............n……..n……

ASL di.……….………. n...........n.............n..............n...............n.............n............n.............n............n……..n……

ASL di.……….………. n...........n.............n..............n...............n.............n............n.............n............n……..n……

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall’art.76 del DPR 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47del DPR 445/00:

DICHIARA

1. di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito presso l’Università degli Studi di……………..........................................…………………in data……………..……….con voto………..............;
2. di rientrare nelle condizioni di cui al punto c) dell’Allegato n. 1 e di aver conseguito il diploma di specializzazione in pediatria o in discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30.01.1998 e s.m.i, (1) (specificare la disciplina: ………………………..…………………………………………………….)

in data………………………… con voto…………….presso l’Università degli Studi di…………………………………………………………………………….……………………;

1. di essere iscritto all’Ordine dei Medici di...................................................................................................;
2. di essere residente nel Comune di…………..………………..…. prov.................. dal….............................
3. di svolgere/non svolgere altra attività a qualsiasi titolo nell’ambito del Servizio Sanitario Nazionale, (*in caso affermativo specificare il tipo di attività..........................................................................................................).*

*L’atto sostitutivo di notorietà per l’accertamento di eventuali posizioni di incompatibilità (Allegato I all’ACN per la pediatria di libera scelta) è rimandato al momento dell’eventuale accettazione di incarico.*

DICHIARA INOLTRE

**di essere a conoscenza che la procedura di assegnazione degli ambiti territoriali carenti avverrà il giorno MARTEDI’ 7 LUGLIO 2020 presso la Regione Emilia-Romagna, SALA n.315/C (3° piano) – viale A. Moro, 21 – BOLOGNA alle ore 14,30 secondo le modalità indicate nell’avviso e che nessuna comunicazione ulteriore verrà inviata ai fini della convocazione.**

Chiede che ogni comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo:

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

Data Firma (2)

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

1. discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i.: clinica pediatrica, neonatologia, pediatria e puericultura, pediatria preventiva e puericultura, pediatria preventiva e sociale, pediatria sociale e puericultura, puericultura, pediatria preventiva e sociale, puericultura ed igiene infantile, puericultura dietetica infantile ed assistenza sociale dell’infanzia, puericultura e dietetica infantile.

Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità delle dichiarazioni, si invita il medico a trasmettere copia fotostatica del/i certificato/i di servizio di cui eventualmente sia già in possesso;

1. La sottoscrizione della domanda non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore (art.38 del DPR 445/00).