

22363

Bandi - Zone carenti - Anno 2018

Provincia Autonoma di Trento

Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari

DETERMINA DEL DIRETTORE DEL SERVIZIO AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE

del 27 agosto 2018, n. 1110

**Elenco degli ambiti territoriali carenti di medici convenzionati per la Pediatria di Libera Scelta -
(2° pubblicazione 2018)**

Continua >>>



Elenco degli ambiti territoriali carenti
di medici convenzionati per la Pediatria di Libera Scelta

(2° pubblicazione 2018)

Ai sensi della determina n. 1110 di data 27/08/2018 del Direttore del Servizio Amministrazione del Personale, si riportano di seguito gli ambiti territoriali carenti per la Pediatria di Libera Scelta.

A	B	C
Num. Carenze	Ambito Territoriale	Località in cui assicurare l'apertura dello studio professionale con congruo orario
1	Val di Fiemme/Unico	Ziano di Fiemme

L'incarico prevede l'obbligo di apertura dell'ambulatorio principale in un Comune con meno di 3.000 abitanti, pertanto al pediatra sarà riconosciuta l'indennità accessoria d'inserimento di cui all'art 14 del vigente Accordo Integrativo provinciale.

Tale indennità ha il valore di € 2.000,00 mensili ed è riconosciuta fino al raggiungimento di 250 assistiti, in ogni caso non oltre il termine massimo di tre anni dalla data d'iscrizione nell'elenco dei pediatri riferiti all'ambito Val di Fiemme

La zona carente sarà attribuita con i criteri e le priorità di seguito esposte.

Gli aspiranti devono inviare la domanda per l'assegnazione delle zone carenti entro **15 giorni** dalla data della presente pubblicazione in un'unica soluzione all'AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI – Servizio Amministrazione Del Personale – Nucleo Personale Convenzionato, Via Degasperi, 79 - 38123 TRENTO, **indicando, a pena di nullità, le località carenti** (colonna D) per le quali intendono concorrere (oppure indicando la partecipazione a tutte le località carenti).

Gli aspiranti possono provvedere all'inoltro della domanda anche tramite PEC (Posta Elettronica Certificata) al seguente indirizzo apss@pec.apss.tn.it – nel seguente modo:

- il medico dovrà compilare il modulo, stamparlo, firmarlo, apporre la marca da bollo (€ 16.00) ed effettuare la scansione della modulistica, degli allegati e della carta d'identità ed inviare all'indirizzo pec (apss@pec.apss.tn.it).
- l'originale dovrà essere conservato dal medico da produrre in caso di controllo.
- per l'accoglimento della domanda farà fede la data di invio tramite pec.

Possano concorrere al conferimento degli incarichi nelle zone carenti, secondo quanto disposto dall'art.33, comma 2, lett.a), a1) e b) dell' A.C.N. dd. 29/07/2009 e s.m.i.:

Allegato 1

- A) i pediatri che risultano già iscritti in uno degli elenchi dei pediatri convenzionati per la pediatria di famiglia istituiti nell'ambito provinciale, proponendo domanda di **trasferimento interno alla Provincia**, conforme **all'allegato 1 e 5**. Questi possono concorrere a condizione che risultino iscritti da almeno 3 anni nell'elenco di provenienza (anzianità che il medico deve documentare tramite dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art.46 D.P.R. n.445/2000 o richiedendo l'acquisizione d'ufficio, ai sensi di quanto previsto dall'art.43, comma 1 del D.P.R. n.445/2000, dei documenti indicati e/o rilasciabili dalle relative pubbliche Amministrazioni) e che, al momento dell'attribuzione del nuovo incarico, non svolgano altre attività a qualsiasi titolo nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, eccezione fatta per attività di Continuità assistenziale.
- A1) i pediatri che risultano già iscritti in uno degli elenchi dei pediatri convenzionati per la pediatria di famiglia istituiti in altra Provincia Autonoma proponendo domanda di **trasferimento dall'esterno della Provincia**, conforme **all'allegato 2 e 6**. Possono concorrere a condizione che risultino iscritti da almeno 5 cinque anni nell'elenco di provenienza (anzianità che il medico deve documentare tramite dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art.46 D.P.R. n.445/2000 o richiedendo l'acquisizione d'ufficio, ai sensi di quanto previsto dall'art.43, comma 1 del D.P.R. n.445/2000, dei documenti indicati e/o rilasciabili dalle relative pubbliche Amministrazioni) 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
- B) i pediatri inclusi nella graduatoria provinciale valida per l'anno 2018 proponendo domanda conforme **all'allegato 3 e 7**.
- C) i pediatri, NON inclusi nella graduatoria provinciale valida per l'anno 2018 proponendo domanda conforme **all'allegato 4, 7 e 8**, che abbiano acquisito il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i. successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale, come previsto dalla norma transitoria n.2 dell'ACN dd. 21/06/2018;

GRADUAZIONE DELLE DOMANDE.

Al fine del conferimento degli incarichi nelle località carenti, i medici di cui alla lettera:

- A) trasferimenti interni - sono graduati in ordine di anzianità ed in caso di pari posizione sono ulteriormente graduati secondo l'ordine della minore età, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea;
- A1) trasferimenti esterni - sono graduati in ordine di anzianità ed in caso di pari posizione sono ulteriormente graduati secondo l'ordine della minore età, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea;
- B) i pediatri inclusi nella graduatoria provinciale valida per l'anno 2018, sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:
- attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria provinciale;
 - attribuzione di punti 6, a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente per il quale concorrono **abbiano la residenza da almeno 2 anni** antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria provinciale in corso di validità (nel presente caso la residenza dovrà essere stata acquisita almeno dal **31/01/2015**) e che tale requisito sia stato mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico;
 - attribuzione di punti 10 ai medici residenti nell'ambito della Provincia di Trento da **almeno 2 anni** antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria provinciale in corso di validità (nel presente caso la residenza dovrà essere stata acquisita almeno dal **31/01/2015**) e che tale requisito sia stato mantenuto fino alla attribuzione dell'incarico;

Allegato 1

In caso di pari posizione in graduatoria i medici sono ulteriormente graduati secondo l'ordine della minore età, del voto di laurea e dell'anzianità di laurea.

I medici interessati all'attribuzione dei punteggi relativi alla residenza devono presentare dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi dell'art.46 D.P.R. n.445/2000 o richiedere l'acquisizione d'ufficio, ai sensi di quanto previsto dall'art.43, comma 1 del D.P.R. n.445/2000, dei documenti indicati e/o rilasciabili dalle relative pubbliche Amministrazioni.

In caso di mancata indicazione della data di acquisizione della residenza, non saranno attribuiti i punteggi connessi al possesso della residenza.

- C) pediatri NON inclusi nella graduatoria provinciale valida per l'anno 2018, di cui alla lettera C), tali pediatri concorrono successivamente ai trasferimenti (lettere A ed A1) ed ai pediatri inclusi nella graduatoria regionale valida per l'anno in corso (lettera B) e sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e minore età, con priorità di interpello per i residenti nell'ambito carente, nell'Azienda e successivamente nella Regione e fuori Regione. Il possesso del diploma di cui sopra deve essere autocertificato nella domanda di partecipazione all'assegnazione degli ambiti carenti.

Si avvisa che non si terrà conto di eventuali certificazioni o copie di certificazioni allegate alla domanda rilasciate dagli organi della pubblica amministrazione ai sensi dell'art.15 della L.183/2011.

L'Azienda, ai sensi e per gli effetti della L.9/2013 e della delibera di G.P. n.69/2013 provvederà alla convocazione dei partecipanti all'assegnazione delle zone carenti esclusivamente tramite PEC (posta elettronica certificata), è pertanto necessario che gli interessati provvedano, se in possesso a comunicare il loro indirizzo PEC (così come previsto dalla L.2/2009) e comunque a fornirsene per poter essere interpellati.

L'Azienda convocherà per interpellare prioritariamente i sanitari di cui alla precedente lettera A) ed A1) laddove risulti necessario, convocherà ed interpellerà successivamente i sanitari di cui alla lettera B) e successivamente di cui alla lettera C).

La mancata presentazione, entro il termine che sarà indicato nella convocazione formale, sarà considerata a tutti gli effetti come rinuncia all'incarico.

Le modalità di conferimento degli incarichi nelle zone carenti avverrà nel seguente modo:

- verranno redatte due graduatorie (una per i pediatri concorrenti per trasferimento interno ed esterno alla provincia, una per i pediatri che concorrono in quanto inseriti nella graduatoria provinciale anno 2018 inclusiva dei medici non inseriti nelle graduatoria provinciale anno 2018 di cui alla lettera C);
- verranno interpellati tutti i partecipanti a prescindere dalle loro posizioni in graduatoria, che dovranno fornire eventuale preferenza di inserimento;
- i conferimenti saranno effettuati nel seguente modo che di seguito si esemplifica:

IPOTESI:**TABELLA 1: graduatoria con zone a cui i sanitari interessati partecipano.**

Pos. Grad.	Cognome Nome	Partecipa alle zone pubblicate		
		A	B	C
1	Concorrente X	SI		SI
2	Concorrente Y	SI	SI	
3	Concorrente Z		SI	
4	Concorrente X		SI	
5	Concorrente Z	SI		
6	Concorrente Y			SI

Allegato 1

7	Concorrente K	SI	SI	SI
---	---------------	----	----	----

A seguito di interpello i sanitari esprimono le seguenti accettazioni:

TABELLA 2: accettazioni con preferenze.

Pos. Grad.	Cognome Nome	Partecipa alle zone pubblicate		
		A	B	C
1	Concorrente X	1		
2	Concorrente Y	1	2	
3	Concorrente Z		1	2
4	Concorrente X			
5	Concorrente Z			
6	Concorrente Y			3
7	Concorrente K	1	2	

Pertanto si provvederà ad assegnare le zone nel seguente ordine:

TABELLA 3: attribuzione zone.

Pos. Grad.	Cognome Nome	Conferimenti su preferenze e		
		A	B	C
1	Concorrente X	Conferito		
2	Concorrente Y		Conferito	
3	Concorrente Z			Conferito
4	Concorrente X	Cancellato		
5	Concorrente Z	Cancellato		
6	Concorrente Y	Cancellato		
7	Concorrente K	1	2	

Il conferimento dell'incarico determina contestualmente la cancellazione del sanitario sia dalla altre posizioni nella graduatoria della TABELLA 1, **sia dalla graduatoria provinciale valida per l'anno 2018**, ai sensi dell'art.33, comma 8, dell'Accordo. I conferimenti verranno effettuati sulla base delle preferenze e delle disponibilità come esemplificato nella TABELLA 3, indipendentemente dall'effettivo inserimento del medico nella zona prescelta. Ciò determina ad esempio che, nel caso in cui il **"concorrente X"**, cui è stato conferito l'incarico nella zona A, non si inserisca nella zona prescelta, comunque al **"concorrente Y"**, secondo in graduatoria – al quale è già stata conferita la zona B - **non** potrà essere riproposta la disponibilità della zona A, anche se lo stesso l'ha indicata come prima scelta (vedasi TABELLA 2), essendo già assegnatario di altra zona. In tal caso si provvederà a conferire l'incarico nella zona A al primo concorrente utilmente collocato in graduatoria e non assegnatario, in prima applicazione, di alcuna zona (nel caso esemplificato il **"concorrente K"** avente titolo al conferimento di incarico per la zona A). L'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, in seguito, provvede a verificare che il numero degli accessi ambulatoriali settimanali che il medico deve garantire al fine di assicurare la congrua assistenza necessaria nella zona carente, rispetti quanto previsto in materia dall'ACN vigente nonché dall'eventuale Accordo Provinciale vigente.

Trattamento dei dati personale

Ai sensi del Regolamento Ue 2016/679, i dati personali forniti dai candidati saranno raccolti presso l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento – Ufficio Personale Convenzionato – Via Degasperi, n.79 - Trento, per le finalità di gestione del presente avviso e saranno trattati anche successivamente all'eventuale instaurazione del rapporto di lavoro, per finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo. Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, pena l'esclusione. La presentazione della domanda da parte del candidato implica il consenso al trattamento dei propri dati personali, compresi i dati sensibili, a cura del personale assegnato all'ufficio preposto alla conservazione delle domande ed all'utilizzo delle stesse per lo svolgimento delle procedure di assegnazione.

AVVISO: ALLEGATO 1

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE
DELLE ZONE CARENTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
- TRASFERIMENTO INTERNO ALLA PROVINCIA -**

**Bollo
€16,00**

Spett.le N.O. Personale Convenzionato
Centro Servizi Sanitari - Palazzina D 3° Piano
Viale Verona
38123 TRENTO

PEC: apss@pec.apss.tn.it

Il sottoscritto dott. _____,
nato a _____ Prov. _____, il
_____, Codice Fiscale _____ residente a
_____, Prov. _____, in
Via/Piazza/Largo _____ n. _____
Cap _____, tel. _____ cell. _____

Indirizzo PEC (Posta Elettronica Certificata – Legge n.2/2009 - necessaria per poter essere interpellati):

- laureato in medicina e chirurgia con voto _____/_____ presso l'Università di _____ in data _____;
- abilitato all'esercizio della professione di medico chirurgo nella sessione _____/_____ presso l'Università di _____;
- iscritto all'Ordine provinciale/regionale dei medici chirurghi di _____ dal _____;
- specializzato in _____ con voto _____/_____ presso l'Università di _____ in data _____.

CHIEDE

**DI PARTECIPARE ALL'ASSEGNAZIONE DELLE ZONE CARENTI
PER TRASFERIMENTO INTERNO**

secondo quanto previsto dall'art.33, co.2, lett. a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di libera scelta dd. 29/07/2009 e s.m.i., per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di Pediatria di libera scelta, pubblicati sul B.U.R. n. dd.

A	B	C
Num. Carenze	Ambito Territoriale	Località in cui assicurare l'apertura dello studio professionale con congruo orario
1	Val di Fiemme/Unico	Ziano di Fiemme

A tal fine (barrare una delle due opzioni):

chiede che l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento provveda all'acquisizione d'ufficio -ai sensi dell'art. 43 del DPR 445/2000 - della documentazione attestante l'anzianità complessiva di incarico nel servizio quale Pediatra di Libera Scelta a tempo indeterminato. A tal fine dichiara di avere svolto la propria attività come segue:

a. Ente

Indirizzo: Comune di Prov.
, in Via n. Cap
 attività dal al .

b. Ente

Indirizzo: Comune di Prov.
, in Via n. Cap
 attività dal al .

c. Ente

Indirizzo: Comune di Prov.
, in Via n. Cap
 attività dal al .

o in alternativa

allega dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell'art.46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445;

Provvede inoltre ad allegare copia di valido documento di identità.

data

Firma per esteso

Informativa ai sensi del Regolamento Ue 2016/679. I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno trattati dall'amministrazione, anche con strumenti informatici, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali. L'interessato può richiedere in qualsiasi momento l'accesso ai propri dati personali e ottenere copia degli stessi, la loro rettifica o integrazione, ove li ritenga inesatti o incompleti. Qualora ricorrano i presupposti normativi, l'interessato può inoltre opporsi al trattamento dei dati, richiederne la cancellazione o esercitare il diritto di limitazione. L'interessato ha altresì diritto di presentare reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali in caso di trattamento illecito.

AVVISO: ALLEGATO 2

DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DELLE ZONE CARENTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA - TRASFERIMENTO ESTERNO ALLA PROVINCIA -

**Bollo
€.16,00**

Spett.le N.O. Personale Convenzionato
Centro Servizi Sanitari - Palazzina D 3° Piano
Viale Verona
38123 TRENTO

PEC: apss@pec.apss.tn.it

Il sottoscritto dott. _____,
nato a _____ Prov. _____, il
_____, Codice Fiscale _____ residente a
_____, Prov. _____, in
Via/Piazza/Largo _____ n. _____
Cap _____, tel. _____ cell. _____

Indirizzo PEC (Posta Elettronica Certificata – Legge n.2/2009 - necessaria per poter essere interpellati):

- laureato in medicina e chirurgia con voto _____/_____ presso l'Università di _____ in data _____;
- abilitato all'esercizio della professione di medico chirurgo nella sessione _____/_____ presso l'Università di _____;
- iscritto all'Ordine provinciale/regionale dei medici chirurghi di _____ dal _____;
- specializzato in _____ con voto _____/_____ presso l'Università di _____ in data _____.

CHIEDE

**DI PARTECIPARE ALL'ASSEGNAZIONE DELLE ZONE CARENTI
PER TRASFERIMENTO ESTERNO**

secondo quanto previsto dall'art.34, co.2, lett. a1) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di libera scelta dd. 29/07/2009 e s.m.i., per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di Pediatria di libera scelta, pubblicati sul B.U.R. n. [] dd. []

A	B	C
Num. Carenze	Ambito Territoriale	Località in cui assicurare l'apertura dello studio professionale con congruo orario
1	Val di Fiemme/Unico	Ziano di Fiemme

A tal fine (barrare una delle due opzioni):

chiede che l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento provveda all'acquisizione d'ufficio -ai sensi dell'art. 43 del DPR 445/2000 - della documentazione attestante l'anzianità complessiva di incarico nel servizio quale Pediatra di Libera Scelta a tempo indeterminato. A tal fine dichiara di avere svolto la propria attività come segue:

a. Ente

[]
 Indirizzo: Comune di [] Prov. []
 [], in Via [] n. [] Cap []
 [] attività dal [] al [] .

b. Ente

[]
 Indirizzo: Comune di [] Prov. []
 [], in Via [] n. [] Cap []
 [] attività dal [] al [] .

c. Ente

[]
 Indirizzo: Comune di [] Prov. []
 [], in Via [] n. [] Cap []
 [] attività dal [] al [] .

o in alternativa

allega dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell'art.46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445;

Provvede inoltre ad allegare copia di valido documento di identità.

data

Firma per esteso

Informativa ai sensi del Regolamento Ue 2016/679. I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno trattati dall'amministrazione, anche con strumenti informatici, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali. L'interessato può richiedere in qualsiasi momento l'accesso ai propri dati personali e ottenere copia degli stessi, la loro rettifica o integrazione, ove li ritenga inesatti o incompleti. Qualora ricorrano i presupposti normativi, l'interessato può inoltre opporsi al trattamento dei dati, richiederne la cancellazione o esercitare il diritto di limitazione. L'interessato ha altresì diritto di presentare reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali in caso di trattamento illecito.

AVVISO: ALLEGATO 3

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE
DELLE ZONE CARENTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
- MEDICO INSERITO NELLA GRADUATORIA PROVINCIALE -**

**Bollo
€.16,00**

Spett.le N.O. Personale Convenzionato
Centro Servizi Sanitari - Palazzina D 3° Piano
Viale Verona
38123 TRENTO

PEC: apss@pec.apss.tn.it

Il sottoscritto dott. _____,
nato a _____ Prov. _____, il
_____, Codice Fiscale _____ residente a
_____, Prov. _____, in
Via/Piazza/Largo _____ n. _____
Cap _____, tel. _____ cell. _____

Indirizzo PEC (Posta Elettronica Certificata – Legge n.2/2009 - necessaria per poter essere interpellati):

- laureato in medicina e chirurgia con voto _____/_____ presso l'Università di _____ in data _____;
- abilitato all'esercizio della professione di medico chirurgo nella sessione _____/_____ presso l'Università di _____;
- iscritto all'Ordine provinciale/regionale dei medici chirurghi di _____ dal _____;
- specializzato in _____ con voto _____/_____ presso l'Università di _____ in data _____.

CHIEDE

DI PARTECIPARE ALL'ASSEGNAZIONE DELLE ZONE CARENTI

in qualità di medico incluso nella Graduatoria provinciale valida per l'anno 2018, alla posizione n. _____

con punti , secondo quanto previsto dall'articolo 34, co.2, lett.b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di Libera Scelta dd. 29/07/2009 e s.m.i., per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di Pediatria di Libera Scelta, pubblicati sul B.U.R. n. dd.

A	B	C
Num. Carenze	Ambito Territoriale	Località in cui assicurare l'apertura dello studio professionale con congruo orario
1	Val di Fiemme/Unico	Ziano di Fiemme

A tal fine (*barrare una delle due opzioni*):

Inoltre ai fini della redazione della graduatoria di assegnazione (*barrare una delle due opzioni*):

- chiede che l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento provveda all'acquisizione d'ufficio -ai sensi dell'art. 43 del DPR 445/2000 - della documentazione attestante la residenza. A tal fine dichiara di avere avuto la residenza dal 31 gennaio 20__ nei seguenti Comuni

- a. Comune di
Prov. , residente dal al ;
- b. Comune di
Prov. , residente dal al ;
- c. Comune di
Prov. , residente dal al ;
- d. Comune di
Prov. , residente dal al ;
- e. Comune di
Prov. , residente dal al ;

o in alternativa

- allega dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell'art.46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445;

Provvede inoltre ad allegare copia di valido documento di identità.

data

Firma per esteso

Informativa ai sensi del Regolamento Ue 2016/679. I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno trattati dall'amministrazione, anche con strumenti informatici, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali. L'interessato può richiedere in qualsiasi momento l'accesso ai propri dati personali e ottenere copia degli stessi, la loro rettifica o integrazione, ove li ritenga inesatti o incompleti. Qualora ricorrano i presupposti normativi, l'interessato può inoltre opporsi al trattamento dei dati, richiederne la cancellazione o esercitare il diritto di limitazione. L'interessato ha altresì diritto di presentare reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali in caso di trattamento illecito.

AVVISO: ALLEGATO 4

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE
DELLE ZONE CARENTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
- medico NON inserito nella graduatoria provinciale -**

**Bollo
€.16,00**

Spett.le N.O. Personale Convenzionato
Centro Servizi Sanitari - Palazzina D 3° Piano
Viale Verona
38123 TRENTO

PEC: apss@pec.apss.tn.it

Il sottoscritto dott. _____,
nato a _____ Prov. _____, il
_____, Codice Fiscale _____ residente a
_____, Prov. _____, in
Via/Piazza/Largo _____ n. _____
Cap _____, tel. _____ cell. _____

Indirizzo PEC (Posta Elettronica Certificata – Legge n.2/2009 - necessaria per poter essere interpellati):

- laureato in medicina e chirurgia con voto _____/_____ presso l'Università di _____ in data _____;
- abilitato all'esercizio della professione di medico chirurgo nella sessione _____/_____ presso l'Università di _____;
- iscritto all'Ordine provinciale/regionale dei medici chirurghi di _____ dal _____;
- specializzato in _____ con voto _____/_____ presso l'Università di _____ in data _____.

CHIEDE

DI PARTECIPARE ALL'ASSEGNAZIONE DELLE ZONE CARENTI

in qualità di medico NON incluso nella Graduatoria provinciale valida per l'anno 2018, secondo quanto previsto dalla Norma transitoria n.2 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di Libera Scelta dd. 21/06/2018

integrativo dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di Libera Scelta dd. 29/07/2009 e s.m.i., per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di Pediatria di Libera Scelta, pubblicati sul B.U.R. n. dd.

A	B	C
Num. Carenze	Ambito Territoriale	Località in cui assicurare l'apertura dello studio professionale con congruo orario
1	Val di Fiemme/Unico	Ziano di Fiemme

Inoltre ai fini della redazione della graduatoria di assegnazione (*barrare una delle due opzioni*):

- chiede che l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento provveda all'acquisizione d'ufficio -ai sensi dell'art. 43 del DPR 445/2000 - della documentazione attestante la residenza.

A tal fine dichiara di essere residente nel Comune di Prov. , dal

o in alternativa

- allega dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell'art.46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445;

Provvede inoltre ad allegare copia di valido documento di identità.

data

Firma per esteso

Informativa ai sensi del Regolamento Ue 2016/679. I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno trattati dall'amministrazione, anche con strumenti informatici, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali. L'interessato può richiedere in qualsiasi momento l'accesso ai propri dati personali e ottenere copia degli stessi, la loro rettifica o integrazione, ove li ritenga inesatti o incompleti. Qualora ricorrano i presupposti normativi, l'interessato può inoltre opporsi al trattamento dei dati, richiederne la cancellazione o esercitare il diritto di limitazione. L'interessato ha altresì diritto di presentare reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali in caso di trattamento illecito.

AVVISO: ALLEGATO 5

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE –
AUTOCERTIFICAZIONE – TRASFERIMENTO INTERNO**
(art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 – Testo Unico)

Il sottoscritto dott. _____,
nato a _____ Prov. _____
_____, il _____, Codice Fiscale _____ residente a
_____, Prov. _____
_____, in Via _____ n. _____ Cap
_____.

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR 445/2000 e s.m.i. nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del medesimo DPR 445/2000 e s.m.i. in caso di dichiarazioni non veritiere di:

- essere attualmente titolare di incarico a tempo indeterminato per la Pediatria di Libera Scelta presso l'Azienda:

. Indirizzo: Comune di _____ Prov. _____
_____, in Via _____ n. _____ Cap
_____ ed iscritto nell'elenco dei medici dell'ambito territoriale di
_____ dal _____

- di vantare un'anzianità complessiva d'incarico a tempo indeterminato nell'Pediatría di Libera Scelta nell'ambito della Provincia Autonoma di Trento pari a mesi _____, articolata come segue:

a. dal _____ al _____ presso l'Azienda:

Indirizzo: Comune di _____ Prov. _____
_____, in Via _____ n. _____ Cap

b. dal _____ al _____ presso l'Azienda:

Indirizzo: Comune di _____ Prov. _____, in
Via _____ n. _____ Cap _____

c. dal _____ al _____ presso l'Azienda:

Indirizzo: Comune di _____ Prov. _____, in
Via _____ n. _____ Cap _____

d. dal _____ al _____ presso l'Azienda:

[]
Indirizzo: Comune di [] Prov. [], in
Via [] n. [] Cap []

Provvede inoltre ad allegare copia di valido documento di identità.

data

Firma per esteso

Informativa ai sensi del Regolamento Ue 2016/679. I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno trattati dall'amministrazione, anche con strumenti informatici, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali. L'interessato può richiedere in qualsiasi momento l'accesso ai propri dati personali e ottenere copia degli stessi, la loro rettifica o integrazione, ove li ritenga inesatti o incompleti. Qualora ricorrano i presupposti normativi, l'interessato può inoltre opporsi al trattamento dei dati, richiederne la cancellazione o esercitare il diritto di limitazione. L'interessato ha altresì diritto di presentare reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali in caso di trattamento illecito.

(**) Io sottoscritto [] nella mia qualità di funzionario incaricato, attesto che la sottoscrizione del presente atto è stata apposta in mia presenza dal Sig. [], della cui identità mi sono personalmente accertato mediante: Patente; Carta d'Identità; Passaporto Documento n. []
rilasciato da: []
Trento, lì []

IL FUNZIONARIO INCARICATO

(**): **la presente autentica non è necessaria, qualora venga allegata copia fotostatica di valido documento di identità.**

AVVISO: ALLEGATO 6

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE –
AUTOCERTIFICAZIONE – TRASFERIMENTO ESTERNO**
(art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 – Testo Unico)

Il sottoscritto dott. _____,
nato a _____ Prov. _____,
_____ il _____, Codice Fiscale _____ residente a _____,
_____ Prov. _____,
_____ in Via _____ n. _____ Cap _____,
_____.

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR 445/2000 e s.m.i. nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del medesimo DPR 445/2000 e s.m.i. in caso di dichiarazioni non veritiere di:

- essere attualmente titolare di incarico a tempo indeterminato per la Pediatria di Libera Scelta presso l'Azienda:

. Indirizzo: Comune di _____ Prov. _____,
_____ in Via _____ n. _____ Cap _____
_____ ed iscritto nell'elenco dei medici dell'ambito territoriale di _____ dal _____

- di vantare un'anzianità complessiva d'incarico a tempo indeterminato nella Pediatria di Libera Scelta pari a mesi _____, articolata come segue:

a) dal _____ al _____ presso l'Azienda:

Indirizzo: Comune di _____ Prov. _____,
_____ in Via _____ n. _____ Cap _____

b) dal _____ al _____ presso l'Azienda:

Indirizzo: Comune di _____ Prov. _____,
in Via _____ n. _____ Cap _____

c) dal _____ al _____ presso l'Azienda:

Indirizzo: Comune di _____ Prov. _____,
in Via _____ n. _____ Cap _____

d) dal _____ al _____ presso l'Azienda:

Indirizzo: Comune di		Prov.	
in Via		n.	
		Cap	

Provvede inoltre ad allegare copia di valido documento di identità.

data

Firma per esteso

Informativa ai sensi del Regolamento Ue 2016/679. I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno trattati dall'amministrazione, anche con strumenti informatici, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali. L'interessato può richiedere in qualsiasi momento l'accesso ai propri dati personali e ottenere copia degli stessi, la loro rettifica o integrazione, ove li ritenga inesatti o incompleti. Qualora ricorrano i presupposti normativi, l'interessato può inoltre opporsi al trattamento dei dati, richiederne la cancellazione o esercitare il diritto di limitazione. L'interessato ha altresì diritto di presentare reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali in caso di trattamento illecito.

(**) Io sottoscritto			nella mia qualità	
di funzionario incaricato, attesto che la sottoscrizione del presente		atto è stata apposta in mia presenza dal Sig.		
		, della cui identità mi sono personalmente accertato		
mediante:		<input type="checkbox"/> Patente;	<input type="checkbox"/> Carta d'Identità;	<input type="checkbox"/> Passaporto Documento n.
rilasciato da:				
Trento, li			IL FUNZIONARIO INCARICATO	
(**): la presente autentica non è necessaria, qualora venga allegata copia fotostatica di valido documento di identità.				

AVVISO: ALLEGATO 7

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE – AUTOCERTIFICAZIONE – RESIDENZA

(art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 – Testo Unico)

Il sottoscritto dott. _____,
nato a _____ Prov. _____
_____ il _____, Codice Fiscale _____ residente a
_____, Prov. _____
_____, in Via _____ n. _____ Cap
_____.

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR 445/2000 e s.m.i. nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del medesimo DPR 445/2000 e s.m.i. in caso di dichiarazioni non veritiere di:

- **PARTE PRIMA**

DA COMPILARE SIA A CURA DEI MEDICI INSERITI NELLA GRADUATORIA PROVINCIALE VALIDA PER IL PRESENTE AVVISO EX ART. 33 COMMA 2 LETTERA B) ACN DD. 29/07/2009 E S.M.I., SIA A CURA DEI MEDICI NON INSERITI NELLA GRADUATORIA PROVINCIALE VALIDA PER IL PRESENTE AVVISO EX NORMA TRANSITORIA N.2 ACN DD. 21/06/2018

essere residente, dal _____ nel Comune di _____
_____, in Via _____ n. _____
_____.

- **PARTE SECONDA**

DA COMPILARE SOLO A CURA DEI MEDICI INSERITI NELLA GRADUATORIA PROVINCIALE VALIDA PER IL PRESENTE AVVISO EX ART. 33 COMMA 2 LETTERA B) ACN DD. 29/07/2009 E S.M.I.,

avere avuto precedentemente la residenza nei seguenti Comuni:

a. dal _____ al _____ nel Comune di _____
_____, Prov. _____, in Via _____
_____ n. _____ Cap _____

b. dal _____ al _____ nel Comune di _____
_____, Prov. _____, in Via _____
_____ n. _____ Cap _____

c. dal _____ al _____ nel Comune di _____
_____, Prov. _____, in Via _____
_____ n. _____ Cap _____

Allega: copia di un documento d'identità (se spedita).

data

Firma per esteso

Informativa ai sensi del Regolamento Ue 2016/679. I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno trattati dall'amministrazione, anche con strumenti informatici, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali. L'interessato può richiedere in qualsiasi momento l'accesso ai propri dati personali e ottenere copia degli stessi, la loro rettifica o integrazione, ove li ritenga inesatti o incompleti. Qualora ricorrano i presupposti normativi, l'interessato può inoltre opporsi al trattamento dei dati, richiederne la cancellazione o esercitare il diritto di limitazione. L'interessato ha altresì diritto di presentare reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali in caso di trattamento illecito.

(**) Io sottoscritto _____ nella mia qualità di funzionario incaricato, attesto che la sottoscrizione del presente atto è stata apposta in mia presenza dal Sig. _____, della cui identità mi sono personalmente accertato mediante: Patente; Carta d'Identità; Passaporto Documento n. _____

rilasciato da: _____

Trento, li _____

IL

FUNZIONARIO

INCARICATO

(**): **la presente autentica non è necessaria, qualora venga allegata copia fotostatica di valido documento di identità.**

AVVISO: ALLEGATO 8

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE –
AUTOCERTIFICAZIONE – POSSESSO DEL DIPLOMA DI
SPECIALIZZAZIONE IN PEDIATRIA O DISCIPLINE
EQUIPOLLENTI ex tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i.
(art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 – Testo Unico)**

Il sottoscritto dott. _____,
nato a _____ Prov. _____
_____ il _____, Codice Fiscale _____ residente a
_____ Prov. _____
_____ in Via _____ n. _____ Cap

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del DPR 445/2000 e s.m.i. nonché di quanto stabilito dall'art. 75 del medesimo dpr 445/2000 e s.m.i. in caso di dichiarazioni non veritiere, di essere in possesso del diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ex tabella b del d.m. 30 gennaio 1998 e s.m.i. conseguito in data _____ presso:

Ente: _____
Indirizzo: Comune di _____ Prov. _____, in Via
_____ n. _____ Cap _____

Allega: copia di un documento d'identità (se spedita).

*data**Firma per esteso*

Informativa ai sensi del Regolamento Ue 2016/679. I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno trattati dall'amministrazione, anche con strumenti informatici, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali. L'interessato può richiedere in qualsiasi momento l'accesso ai propri dati personali e ottenere copia degli stessi, la loro rettifica o integrazione, ove li ritenga inesatti o incompleti. Qualora ricorrano i presupposti normativi, l'interessato può inoltre opporsi al trattamento dei dati, richiederne la cancellazione o esercitare il diritto di limitazione. L'interessato ha altresì diritto di presentare reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali in caso di trattamento illecito.

(**) Io sottoscritto _____ nella mia qualità di funzionario incaricato, attesto che la sottoscrizione del presente atto è stata apposta in mia presenza dal Sig. _____, della cui identità mi sono personalmente accertato mediante: Patente; Carta d'Identità; Passaporto Documento n. _____
rilasciato da: _____
Trento, li _____ IL _____ FUNZIONARIO _____ INCARICATO

(**): **la presente autentica non è necessaria, qualora venga allegata copia fotostatica di valido documento di identità.**