

FAC - SIMILE

Regione Lazio
 Direzione Regionale
 Salute e Politiche Sociali
 Area _____
 Via R. Raimondi Garibaldi, 7
 00145 – Roma

D O M A N D A

per il riconoscimento dell'esperienza professionale ed il rilascio della certificazione relativa all'attività svolta nel campo delle cure palliative presso le strutture delle reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate.

La/Il sottoscritta/o,

nata/o a _____ (Prov. _____) il ___/___/_____

Codice Fiscale: ___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___

Residente a _____ (Prov. _____)

in via _____ n. _____

c.a.p. _____ tel. _____

c h i e d e

di partecipare alla procedura per l'individuazione delle figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore (CSR n. 87 del 10 luglio 2014) e per il riconoscimento della certificazione dell'esperienza professionale svolta nella rete delle cure palliative (CSR n. 1 del 22 gennaio 2015) ai sensi dell'accordo tra Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, art. 5, comma 2, della legge 15 marzo 2010, n. 38 sul decreto ministeriale recante "Individuazione dei criteri per la certificazione della esperienza triennale nel campo delle cure palliative dei medici per il servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche e private accreditate, di cui alla legge 27 dicembre 2013, n. 147, comma 425".

A tal fine, dichiara sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

1. di possedere il diploma di laurea in medicina e chirurgia, conseguito il
 (gg/mm/aa) _____ presso l'Università _____
2. di possedere il diploma di abilitazione all'esercizio professionale, conseguito il
 (gg/mm/aa) _____ ovvero nella sessione (indicare sessione ed anno)
 _____ presso l'Università _____

3. di essere iscritta/o all'albo dei medici chirurghi dell'ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di _____
4. di allegare lo stato di servizio rilasciato dal rappresentante legale della struttura in cui era in servizio alla data di entrata in vigore della L. 147/2013 ovvero, da dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà;
5. di allegare Attestato/i di Servizio rilasciato dal direttore sanitario delle strutture presso cui ha svolto la suddetta attività lavorativa;

Il dichiarante prende atto che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci o produce e fa uso di atti falsi, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, e che l'Amministrazione regionale disporrà la decadenza da ogni beneficio conseguito in seguito al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000.

Informativa ex art. 13 decreto legislativo 196/2003

Si informa che i dati personali raccolti dagli incaricati dell'ufficio, saranno trattati esclusivamente per lo svolgimento del procedimento per il quale l'istanza è presentata, nonché per i controlli previsti dall'art. 71 del DPR 445/2000, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di certificazione o di atti di notorietà.

I dati saranno trattati dagli incaricati dell'ufficio responsabile dell'attività istruttoria, e dell'adozione del provvedimento finale, sia su supporto cartaceo che con l'ausilio di strumenti elettronici, nel rispetto delle regole previste dal codice privacy.

Dichiara di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali, finalizzato alla gestione del procedimento, nel rispetto del decreto legislativo n. 196 del 30 giugno 2003.

Data: _____

(Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)
La firma non va autenticata