

**DOMANDA PER IL RILASCIO DELLA CERTIFICAZIONE DELL'ESPERIENZA PROFESSIONALE SVOLTA NELLA
RETE DELLE CURE PALLIATIVE
DM 4.6.2015**

Il/La sottoscritto/a.....
nato/a il a
provincia stato CF.....
residente a provincia..... CAP.....
in via n.....
tel..... cell fax
e - mail
PEC

se diverso dalla residenza, che l'indirizzo al quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione è il seguente:

via n.....
città provincia..... CAP.....
tel..... cell fax
e - mail
PEC

CHIEDE

**IL RILASCIO DELLA CERTIFICAZIONE DELL'ESPERIENZA PROFESSIONALE SVOLTA NELLA RETE DELLE CURE
PALLIATIVE AI SENSI DEL DM 4 GIUGNO 2015**

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) oltre alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere, sotto la sua responsabilità

DICHIARA:

1. Di essere in possesso della laurea in medicina e chirurgia, conseguita il
presso l'Università degli studi di

2. Di essere iscritto all'Ordine professionale dei medici di

3. Specializzazione professionale:

di non essere in possesso di specializzazione medica

oppure

di essere in possesso della seguente specializzazione diversa da quelle di cui al decreto del Ministero della salute 28 marzo 2013

.....

conseguita il presso

.....

(indicare la specializzazione conseguita – le specializzazioni del DM 28.3.2013 sono cure palliative, ematologia, geriatria, malattie infettive, medicina Interna, neurologia, oncologia, pediatria, radioterapia e anesthesiologia e rianimazione)

4. Esperienza professionale:

Di prestare attualmente servizio presso

.....

sede della struttura

natura della struttura

tipologia del servizio professionale

ruolo/qualifica

Di aver maturato - **all'1.1.2014** – l'esperienza professionale triennale richiesta dal DM 4.6.2015

esclusivamente presso la Regione Friuli – Venezia Giulia

anche presso strutture delle reti palliative di altre regioni e/o province autonome

(si ricorda che ai sensi dell'art. 1 del DM 4.6.2015 il medico deve:

1. **essere stato in servizio nelle reti dedicate alle cure palliative, pubbliche, private accreditate, o che hanno presentato domanda di accreditamento che erogano attività assistenziali in sede ospedaliera, domiciliare e residenziale come individuate nell'intesa Stato-Regioni 25.7.2012;**
2. **di aver ivi svolto attività nel campo delle cure palliative per almeno tre anni anche non continuativi)**

di aver svolto la suddetta attività, almeno triennale, come segue:

<p>a) denominazione struttura (indicare la denominazione dell'azienda sanitaria territoriale/azienda ospedaliera/azienda ospedaliero -universitaria/altra struttura pubblica o privata)</p> <p>sede (indicare indirizzo)</p>
<p>b) natura della struttura (indicare se trattasi di struttura pubblica, privata accreditata o in fase di accreditamento)</p>
<p>c) periodo servizio professionale (indicare data di inizio e termine del rapporto di lavoro/eventuali interruzioni per aspettative ecc.)</p> <p>Data inizio (gg/mm/aa).....</p> <p>Data termine (gg/mm/aa).....</p> <p>Eventuali interruzioni.....</p>
<p>d) tipologia servizio professionale (indicare se tempo determinato/indeterminato/dipendente/incarico libero professionale ecc.)</p> <p><u>Indicare anche l'ambito di riferimento delle attività assistenziali – se ospedaliera, domiciliare e/o residenziale/altro</u></p>
<p>e) impegno orario settimanale (specificare tempo pieno/tempo ridotto con indicazione delle ore)</p>

f) ruolo/qualifica rivestita/profilo professionale

g) denominazione struttura

(indicare la denominazione dell'azienda sanitaria territoriale/azienda ospedaliera/azienda ospedaliero -universitaria/altra struttura pubblica o privata)

sede

(indicare indirizzo)

h) natura della struttura

(indicare se trattasi di struttura pubblica, privata accreditata o in fase di accreditamento)

i) periodo servizio professionale

(indicare data di inizio e termine del rapporto di lavoro/eventuali interruzioni per aspettative ecc.)

Data inizio (gg/mm/aa).....

Data termine (gg/mm/aa).....

Eventuali interruzioni.....

j) tipologia servizio professionale

(indicare se tempo determinato/indeterminato/dipendente/incarico libero professionale ecc.)

Indicare anche l'ambito di riferimento delle attività assistenziali – se ospedaliera, domiciliare e/o residenziale/altro

k) impegno orario settimanale

(specificare tempo pieno/tempo ridotto con indicazione delle ore)

l) ruolo/qualifica rivestita/profilo professionale

--

m) denominazione struttura

(indicare la denominazione dell'azienda sanitaria territoriale/azienda ospedaliera/azienda ospedaliero -universitaria/altra struttura pubblica o privata)

sede

(indicare indirizzo)

n) natura della struttura

(indicare se trattasi di struttura pubblica, privata accreditata o in fase di accreditamento)

o) periodo servizio professionale

(indicare data di inizio e termine del rapporto di lavoro/eventuali interruzioni per aspettative ecc.)

Data inizio (gg/mm/aa).....

Data termine (gg/mm/aa).....

Eventuali interruzioni.....

p) tipologia servizio professionale

(indicare se tempo determinato/indeterminato/dipendente/incarico libero professionale ecc.)

Indicare anche l'ambito di riferimento delle attività assistenziali – se ospedaliera, domiciliare e/o residenziale/altro

q) impegno orario settimanale

(specificare tempo pieno/tempo ridotto con indicazione delle ore)

r) ruolo/qualifica rivestita/profilo professionale

--

(se le tabelle sono insufficienti per l'indicazione di tutti i titoli di servizio il medico può completare la dichiarazione utilizzando separato foglio da allegare alla domanda avendo cura di riportare gli stessi elementi informativi contenuti nella tabella e con la dichiarazione di autocertificazione ai sensi e per gli effetti degli artt. 45 e 46 del DPR n. 445/2000)

5. Il medico dichiara inoltre:

- di non aver presentato analoga domanda ad altra regione/provincia autonoma
- di aver presentato analoga domanda alla regione/provincia autonoma

6. Documentazione:

alla presente istanza il sottoscritto allega:

- stato di servizio** rilasciato dal rappresentante legale della struttura/delle strutture presso cui era in servizio (Direttore generale dell'azienda sanitaria/azienda ospedaliera, oppure analoga figura in caso di altra struttura pubblica o privata accreditata)

(facoltativo): Le dichiarazioni rese nella domanda hanno valore autocertificativo ai sensi del DPR n. 445/2000 artt. 46 e 47; anche in relazione al servizio professionale, corredati degli elementi informativi necessari.

Tuttavia, poiché il DM 4.6.2015, art. 3, comma 2, prevede che l'istanza sia corredata dallo stato di servizio ovvero da dichiarazione sostitutiva, la documentazione relativa al servizio svolta presso una pubblica amministrazione può essere eventualmente prodotta in originale o in copia semplice con attestazione della conformità all'originale datata e firmata.

Si precisa comunque che, qualora la documentazione comprovante la veridicità delle dichiarazioni non attiene a documenti in possesso della Pubblica Amministrazione e quindi acquisibili d'ufficio, la stessa è chiesta all'interessato.

- attestazione del direttore sanitario** di ogni struttura pubblica, privata accreditata o in fase di accreditamento nelle quali è stata svolta l'esperienza professionale – attestazione avente ad oggetto l'effettuazione di attività nel campo delle cure palliative

(obbligatorio - la documentazione è prodotta in originale, copia autenticata o in copia con dichiarazione di conformità all'originale datata e firmata)

- attestazione del rappresentante legale della struttura privata** che ha fatto istanza di accreditamento – attestazione avente ad oggetto la presentazione dell'istanza di accreditamento

(obbligatorio - la documentazione è prodotta in originale, copia autenticata o in copia con dichiarazione di conformità all'originale datata e firmata)

- n. fogli allegati per completamento descrizione titoli di servizio
(obbligatorio)

- fotocopia semplice di un documento di riconoscimento in corso di validità (fronte e retro)
(obbligatorio)

informativa sul trattamento dei dati personali

Ai sensi del D.lgs n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) l'Amministrazione regionale si impegna a rispettare il carattere riservato delle informazioni fornite dal candidato ed il trattamento dei dati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, proporzionalità.

Il trattamento dei dati forniti è diretto esclusivamente all'espletamento, da parte di questa Amministrazione, degli adempimenti connessi, strumentali e conseguenti al procedimento di rilascio della certificazione di cui al DM 4.6.2015.

Tali dati potranno essere comunicati alle unità interessate al rilascio della certificazione

Il conferimento dei dati da parte dei soggetti istanti è necessario per svolgere le attività di cui sopra e, in particolare, al fine del rilascio della certificazione dell'esperienza professionale. L'eventuale mancato conferimento dei dati richiesti preclude il rilascio della certificazione stessa.

Il trattamento dei dati è effettuato avvalendosi sia di mezzi informatici che cartacei protetti e non accessibili al pubblico.

Ai soggetti istanti competono i diritti previsti dall'articolo 7 del D.lgs n. 196/2003.

Titolare del trattamento dei dati è la Regione Friuli – Venezia Giulia; responsabile del trattamento è il Direttore centrale della salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia – riva Nazario Sauro, 8 – 34124 Trieste. Responsabile della sicurezza dei trattamenti di dati effettuati con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati è Insiel S.p.A..

data.....

luogo

firma

.....