

Marca da bollo  da €. 16
-----------------------------------

Regione Lombardia  
Direzione Generale Welfare  
Palazzo Regione Lombardia n.1  
20124 – MILANO

Pec: [welfare@pec.regione.lombardia.it](mailto:welfare@pec.regione.lombardia.it)

**OGGETTO: ISTANZA PER IL RILASCIO DELLA CERTIFICAZIONE ATTESTANTE L'ESPERIENZA PROFESSIONALE E LE COMPETENZE ACQUISITE NELLA RETE DELLE CURE PALLIATIVE**

Il/La sottoscritto/a.....  
nato/a il .....a.....  
residente a .....prov.....CAP .....  
in via..... n.....  
tel.....cell.....  
mail.....pec.....

**CHIEDE**

**IL RILASCIO DELLA CERTIFICAZIONE ATTESTANTE L'ESPERIENZA PROFESSIONALE E LE COMPETENZE ACQUISITE NELLA RETE DELLE CURE PALLIATIVE AI SENSI DELL'ART.1, COMMA 522, DELLA L. 30 DICEMBRE 2018, N.145 E SMI E DECRETO DEL MINISTERO SALUTE 30/6/2021**

Al fine del rilascio della certificazione richiesta, il sottoscritto allega:

- **stato di servizio** rilasciato dal Rappresentante Legale della struttura accreditata a contratto in Regione Lombardia, in cui era in servizio al 31 dicembre 2020;
  - **dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà** (All. 1/A);
  - **attestazione dell'esperienza professionale** a firma del Direttore Sanitario di ciascuna struttura pubblica o privata accreditata con il Servizio Sanitario nazionale della rete di cure palliative nella quale ha svolto la propria attività (All. 1/B);
  - **dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà** attestante specifica formazione in cure palliative, (All. 1/C).
- In caso di spedizione tramite PEC il pagamento della marca da bollo sarà ritenuto assolto previi:
    1. Apposizione della marca da bollo sul frontespizio della domanda;
    2. Annullamento della marca da bollo;
    3. Scannerizzazione in formato pdf del modulo di domanda debitamente compilato e sottoscritto dall'istante dal quale si evinca l'avvenuto annullamento della marca da bollo.
  - allega fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità;

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

.....  
.....

- Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei propri dati personali, riportata in calce.

Data.....

Il richiedente

.....

## INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

### PER IL RILASCIO DELLA CERTIFICAZIONE DELL'ESPERIENZA PROFESSIONALE E DELLE COMPETENZE SVOLTA NELLA RETE DELLE CURE PALLIATIVE AI SENSI DELLA L. 30 DICEMBRE 2018, N.145 ART.1, COMMA 522 E SUCCESSIVO DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE 30 GIUGNO 2021

---

Prima che Lei ci fornisca i dati personali che La riguardano, in armonia con quanto previsto dal Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali 2016/679, dal D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e dal D.lgs. 10 agosto 2018, n. 101, il cui obiettivo è quello di proteggere i diritti e le libertà fondamentali delle persone fisiche, in particolare il diritto alla protezione dei dati personali, è necessario che Lei prenda visione di una serie di informazioni che La possono aiutare a comprendere le motivazioni per le quali verranno trattati i Suoi dati personali, spiegandoLe quali sono i Suoi diritti e come li potrà esercitare.

#### **1. Finalità del trattamento dei dati personali**

I Suoi dati personali (*dati anagrafici, dati relativi al proprio percorso professionale e formativo*) sono trattati al fine della gestione della Sua domanda finalizzata al rilascio della certificazione attestante l'esperienza professionale e le competenze necessarie ad operare nella rete delle cure palliative ai sensi della L. 30 dicembre 2018, n.145 art.1, comma 522, e del Decreto del Ministero Salute del 30 giugno 2021.

#### **2. Modalità del trattamento dei dati**

Il trattamento è effettuato con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati e trasmessi attraverso reti telematiche. I medesimi dati sono trattati con modalità elettroniche e cartacee mediante operazioni di raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, estrazione, utilizzo, comunicazione, cancellazione e distruzione, ai soli fini relativi al rilascio della certificazione attestante l'esperienza professionale e le competenze necessarie ad operare nella rete delle cure palliative ai sensi dell'art.1, comma 522, della L. 30 dicembre 2018, n.145 e del Decreto del Ministero della Salute del 30 giugno 2021 e per le relative verifiche, nel rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali sopra richiamata nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità.

Il trattamento dei dati è svolto dai soggetti autorizzati dai titolari, o dai designati dallo stesso, nonché dai soggetti che operano per conto dei titolari, ai sensi dell'articolo 28 del Regolamento (UE) 2016/679, quali Responsabili del Trattamento, che agiscono sulla base di specifiche istruzioni fornite in ordine alle finalità e modalità del trattamento medesimo.

Le medesime informazioni potranno essere comunicate alle Amministrazioni Pubbliche direttamente interessate alla procedura, o alle relative verifiche, per la finalità sopra indicata.

Il Titolare adotta misure tecniche e organizzative adeguate a garantire un livello di sicurezza idoneo rispetto alla tipologia di dati trattati.

### **3. Titolare del Trattamento**

Titolare del trattamento dei Suoi dati è Regione Lombardia con sede in Piazza Città di Lombardia,1 - 20124 Milano.

### **4. Responsabile della Protezione dei dati (RPD)**

Il Responsabile della Protezione dei dati (RPD) è contattabile al seguente indirizzo mail: [rpd@regione.lombardia.it](mailto:rpd@regione.lombardia.it).

### **5. Facoltatività e obbligatorietà del conferimento dei dati**

La informiamo che il trattamento dei suoi dati personali è obbligatorio e la loro mancata comunicazione preclude la possibilità di avviare il procedimento e di rilasciare la relativa certificazione regionale.

### **6. Comunicazione e diffusione dei dati personali**

I Suoi dati potranno essere comunicati, per finalità istituzionali, ad altri titolari autonomi di trattamento dei dati pubblici o privati quali: *(indicare categorie di soggetti ad es. Regioni, altri Enti e Istituzioni, Ordini professionali, Aziende sanitarie, ATS)* nell'ambito delle attività di controllo sulle autocertificazioni rese. I suoi dati non verranno ulteriormente comunicati se non in assolvimento di eventuali obblighi di legge a cui è soggetto il Titolare.

### **7. Tempi di conservazione dei dati**

I Suoi dati saranno conservati per tutta la durata del procedimento volto al rilascio della certificazione regionale di che trattasi. Successivamente verranno archiviati per finalità probatorie e storico-archivistiche a tempo illimitato.

### **8. Diritti dell'interessato**

Lei potrà esercitare i diritti di cui agli artt. da 15 a 22 del Regolamento UE 679/2016, ove applicabili con particolare riferimento all'art.13 comma 2 lettera B) che prevede il diritto di accesso ai dati personali, la rettifica, la cancellazione, la limitazione del trattamento, l'opposizione e la portabilità dei dati.

Le sue Richieste per l'esercizio dei Suoi diritti dovranno essere inviate all'indirizzo di posta elettronica: [welfare@pec.regione.lombardia.it](mailto:welfare@pec.regione.lombardia.it) oppure a mezzo posta raccomandata all'indirizzo: *Regione Lombardia - Piazza Città di Lombardia 1 - 20124 Milano* all'attenzione della Direzione Generale Welfare.

Lei ha, inoltre, diritto di proporre reclamo all'Autorità di Controllo competente.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA' RELATIVA ALLO STATO DI SERVIZIO AI FINI DELLA CERTIFICAZIONE DELLA ESPERIENZA PROFESSIONALE E DELLE COMPETENZE ACQUISITE NEL CAMPO DELLE CURE PALLIATIVE DEI MEDICI IN SERVIZIO PRESSO LE STRUTTURE PUBBLICHE O PRIVATE ACCREDITATE A CONTRATTO DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE, AI SENSI DELLA L.145/2018 E SMI E DECRETO DEL MINISTERO SALUTE 30/6/2021**

Il/La sottoscritto/a .....

CF..... Nato/a il .....

a ..... (.....)

residente a ..... (.....)

in via..... n.....

tel. .... cellulare.....

mail ..... pec .....

consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 DPR 28 dicembre 2000, n. 445)

**DICHIARA**

di essere in possesso del Diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito il .....

presso l'Università degli Studi di ....., iscritto all'albo dell'Ordine dei

medici-chirurghi della Provincia di .....dal .....al n°.....

Specialista in.....

Non specialista

a. **Di essere stato in servizio in Lombardia alla data del 31/12/2020** presso la seguente struttura pubblica o privata, della rete dedicata alle cure palliative, accreditata a contratto in Regione Lombardia: *(da compilarsi nel caso in cui non sia stato allegato lo Stato di servizio)*

Denominazione Struttura/Ente .....
Sede .....
<input type="radio"/> Organizzazione senza scopo di lucro <i>(barrare la casella se si ricade in tale condizione)</i>
Indicare la ATS con cui la struttura era accreditata alla data del 31/12/2020 ..... oppure indicare l'Azienda sanitaria pubblica lombarda nel caso di Organizzazione senza scopo di lucro che abbia instaurato con la stessa rapporti formalizzati (convenzioni o accordi) per l'erogazione di attività sanitaria di cure palliative: .....

b. **Di aver svolto, alla data del 31/12/2020, attività professionale nel campo delle cure palliative, per almeno 3 anni anche non consecutivi,**

**esclusivamente** presso strutture ubicate in Regione Lombardia

in **parte** presso strutture ubicate in Regione Lombardia,

presso le seguenti Strutture accreditate con il Servizio Sanitario nazionale per l'erogazione di attività sanitaria di cure palliative pubbliche o private, inclusi i soggetti erogatori di cure palliative domiciliari accreditati e le organizzazioni senza scopo di lucro, accreditate o che abbiano instaurato rapporti formalizzati (convenzioni o accordi) con Aziende sanitarie pubbliche lombarde, per l'erogazione di attività sanitaria di cure palliative:

**In modo continuativo**

oppure

**In modo non continuativo:**

presso la/le seguente/i struttura/e (compilare il riquadro sottostante ripetendone la compilazione per ciascuna struttura presso la quale è stato prestato il servizio, ovvero, per i diversi periodi di servizio)

Denominazione Struttura/Ente .....
Sede .....
<input type="checkbox"/> Organizzazione senza scopo di lucro (barrare la casella se si ricade in tale condizione)
Indicare la ATS/ASL con cui la struttura era accreditata con il SSN nel periodo di riferimento ..... oppure indicare l'Azienda sanitaria pubblica lombarda nel caso di Organizzazione senza scopo di lucro che abbia instaurato con la stessa rapporti formalizzati (convenzioni o accordi) per l'erogazione di attività sanitaria di cure palliative: .....
Data inizio rapporto:
Data conclusione rapporto:

luogo e data

FIRMA DEL DICHIARANTE

.....

.....

Allegare Documento di riconoscimento in corso di validità.

**ATTESTAZIONE DEL DIRETTORE SANITARIO DELL'ESPERIENZA PROFESSIONALE E DELLA COMPETENZA MATURATE DA PARTE DEI MEDICI CHE OPERANO NELLE RETI LOCALI DI CURE PALLIATIVE AI SENSI DELLA L.145/2018 E SMI E DEL DM 30/6/2021**

Il sottoscritto .....

Direttore Sanitario della Struttura/Ente (\*).....

con sede a .....

in via ..... n.....

consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 DPR 28 dicembre 2000, n. 445)

**ATTESTA**

che il dottore .....

ha maturato:

- a) una esperienza professionale nel campo delle cure palliative, in modo anche non continuativo, presso la Struttura (\*)
- b) ed un numero di ore di attività professionale esercitata e casistica trattata, come di seguito indicato

Denominazione Struttura/Ente .....
Sede a ..... (.....)
via..... n.....
ATS di competenza territoriale <i>(del periodo di riferimento dell'esperienza professionale di che trattasi)</i>
.....
<input type="checkbox"/> Organizzazione senza scopo di lucro <i>(barrare la casella se si ricade in tale condizione)</i>

Data inizio rapporto	Data conclusione rapporto	Numero di ore/settimana di attività professionale esercitata	Numero casistica/annua trattata attività professionale esercitata

*La presente dichiarazione è rilasciata per gli usi consentiti dalla legge.  
Si allega documento di riconoscimento in corso di validità.*

Luogo e data  
.....

Timbro e firma  
.....

(\*) strutture delle reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate con il Servizio Sanitario nazionale, inclusi i soggetti erogatori di cure palliative domiciliari accreditati e le organizzazioni senza scopo di lucro accreditate o che abbiano instaurato rapporti formalizzati (convenzioni o accordi) con Aziende sanitarie pubbliche lombarde, per l'erogazione di attività sanitaria di cure palliative.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ RELATIVA AL CONSEGUIMENTO DI SPECIFICA FORMAZIONE IN CURE PALLIATIVE AI FINI DELLA CERTIFICAZIONE ATTESTANTE L'ESPERIENZA PROFESSIONALE E LE COMPETENZE ACQUISITE NEL CAMPO DELLE CURE PALLIATIVE DEI MEDICI IN SERVIZIO PRESSO LE STRUTTURE PUBBLICHE O PRIVATE ACCREDITATE A CONTRATTO DELLA RETE DI CURE PALLIATIVE, AI SENSI DELLA L.145/2018 E SMI E DECRETO MINISTERO SALUTE DEL 30/6/2021**

Il/La sottoscritto/a ..... Nato/a il .....

a ..... (.....) CF.....

residente a ..... (.....)

in via..... n.....

tel. .... cellulare.....

mail ..... pec .....

consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 DPR 28 dicembre 2000, n. 445)

**DICHIARA**

Di aver conseguito specifica formazione in cure palliative nell'ambito di percorsi di Educazione Continua in Medicina (ECM) oppure tramite master universitari in cure palliative oppure tramite corsi organizzati dalle Regioni e dalle Province Autonome per l'acquisizione delle competenze di cui all'Accordo n. 87/CSR del 10 luglio 2014, conseguendo almeno 20 (venti) crediti ECM, come di seguito indicato:

Formazione in cure palliative - Corsi di formazione ECM						
Per ciascun corso di formazione						
Titolo	Data	Dal	Al	Istituto, Ente, Provider	Codice evento	ECM



**Formazione in cure palliative - Master Universitari**

Per ciascun master universitario

Titolo e Livello	Dal	Al	Università	Anno Accademico	Anno conseguimento	ECM

**Formazione in cure palliative - Corsi Regionali per l'acquisizione delle competenze di cui all'Accordo n. 87/CSR del 10 luglio 2014**

Per ciascun corso di formazione regionale, indicare gli ECM acquisiti se previsto

Titolo	Data	Dal	Al	Regione/Ente	Codice evento	ECM

luogo e data

.....

FIRMA DEL DICHIARANTE

.....

Allegare Documento di riconoscimento