



**REGIONE CALABRIA
GIUNTA REGIONALE**

**DIPARTIMENTO SALUTE E WELFARE
SETTORE 1 - PERSONALE E PROFESSIONI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
E SISTEMA UNIVERSITARIO – FORMAZIONE ECM – MEDICINA CONVENZIONATA –
CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

Assunto il 09/06/2025

Numero Registro Dipartimento 990

=====

DECRETO DIRIGENZIALE

“Registro dei decreti dei Dirigenti della Regione Calabria”

N°. 8254 DEL 09/06/2025

Oggetto: Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Pediatri di Libera Scelta, - Pubblicazione degli incarichi vacanti per la pediatria di libera scelta anno 2025.

Dichiarazione di conformità della copia informatica

Il presente documento, ai sensi dell'art. 23-bis del CAD e successive modificazioni è copia conforme informatica del provvedimento originale in formato elettronico, firmato digitalmente, conservato in banca dati della Regione Calabria.

IL DIRIGENTE GENERALE

VISTI

- la Legge 7 agosto 1990, n. 241 e ss.mm.ii., recante norme sul procedimento amministrativo;
- la Legge regionale 13 maggio 1996, n.7, recante “Norme sull’ordinamento della struttura organizzativa della Giunta Regionale e sulla dirigenza regionale”;
- il D. L.gs. n. 118/2011, contenente disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli Enti Locali e dei loro Organismi;
- il D.P.G.R. n. 354 del 24 giugno 1999 concernente la separazione dell’attività amministrativa di indirizzo e di controllo da quella gestionale, modificato con D.P.G.R. 206 del 15 dicembre 2000;
- la D.G.R. n. 665 del 14 dicembre 2022, avente ad oggetto: “Misure per garantire la funzionalità della struttura organizzativa della Giunta Regionale - Approvazione Regolamento di riorganizzazione delle strutture della Giunta Regionale. Abrogazione regolamento regionale 20 aprile 2022, n. 3 e ss.mm.ii.”;
- la L. R. 1° dicembre 2022, n. 42, recante “Riordino del sistema dei controlli interni e istituzione dell’Organismo regionale per i controlli di legalità”;
- la D.G.R. del 12 gennaio 2023, n. 3, recante “Regolamento delle procedure di controllo interno in attuazione dell’articolo 4, comma 7 e dell’articolo 9 della legge regionale 1 dicembre 2022, n. 42 (Riordino del sistema di controlli interni e istituzione dell’Organismo regionale per i controlli di legalità)”;
- la D.G.R. n. 113 del 25 marzo 2025 “Approvazione Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025/2027”;
- la Circolare prot. n. 765486 del 05/12/2024 ad oggetto: D.G.R. n. 536 del 19.10.2024 “Approvazione Piano dei controlli di regolarità amministrativa in fase successiva – Anno 2025”. Disposizioni operative;
- D.G.R. n. 572 del 24 ottobre 2024 recante “Misure per garantire la funzionalità della struttura organizzativa della Giunta Regionale – approvazione modifiche del regolamento Regionale n. 12/2022 e s.m.i.”;
- regolamento regionale n. 11 del 24 ottobre 2024 recante “modifica del regolamento di organizzazione delle strutture della Giunta regionale n. 12/2022 e s.m.i.”;
- D.G.R. n. 572 del 24 ottobre 2024 e successivo D.P.G.R. n. 69 del 24 ottobre 2024 con cui è stato conferito al Dott. Tommaso CALABRO’ - Dirigente di ruolo della Giunta della Regione Calabria - l’incarico di Dirigente generale ad interim del Dipartimento “Salute e Welfare” nelle more dell’espletamento delle procedure di legge per l’individuazione del Dirigente titolare, per la durata, ai sensi dell’art. 10 del RR n. 11/2021 e s.m.i, di anni uno, salva l’estinzione anticipata per effetto della nomina del titolare;
- la nota prot. n. 79847 del 06/02/2025, con la quale veniva conferito al funzionario Caterina Tavano l’incarico di Responsabile del Procedimento;

VISTI, ALTRESI’

- l’Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Pediatri di Libera Scelta del 25 luglio 2024, che stabilisce le procedure, i requisiti, i termini di presentazione delle domande per la partecipazione e le modalità per la successiva formazione delle graduatorie utili all’assegnazione degli ambiti territoriali carenti per la Pediatria di Libera Scelta;
- il comma 1 dell’art. 30 del sopramenzionato Accordo Collettivo Nazionale, il quale stabilisce Dall’anno successivo all’entrata in vigore del presente Accordo il rapporto ottimale dei pediatri di libera scelta, riferito a ciascun ambito territoriale, è determinato in base al numero di residenti di età compresa tra 0 e 14 anni, decurtato il numero degli assistiti di età superiore ai 6 anni e minore di 14 anni in carico ai medici del ruolo unico di assistenza primaria. In assenza degli Accordi Integrativi Regionali, per la determinazione degli ambiti da considerare carenti, si applica il seguente calcolo: somma del numero dei bambini residenti in età 0-5 anni e 364 giorni con il 70% dei residenti in età 6-13 anni e 364 giorni. In esito a tale calcolo si procede all’inserimento di un pediatra ogni 850 residenti o frazione superiore a 450;
- le note regionali n.74385/2025 e n.277858/2025 con le quali il Dipartimento Salute e Welfare ha chiesto e disposto alle Aziende Sanitarie Provinciali di Cosenza, Catanzaro, Crotone e Reggio Calabria a quanto disposto l’individuazione degli ambiti carenti per la pediatria di libera scelta in ottemperanza a quanto disposto dal vigente Accordo per la pediatria di libera scelta.
- il comma 1 dell’art. 32 del medesimo Accordo Collettivo Nazionale, il quale stabilisce che “*ciascuna Regione (...) pubblica sul Bollettino Ufficiale l’elenco degli ambiti territoriali carenti e di quelli che si renderanno disponibili nel corso dell’anno, individuati dalle Aziende sulla base dei criteri di cui al precedente articolo 30*”;
- il comma 2 dell’art. 32 del sopra citato Accordo, che stabilisce che “*in sede di pubblicazione degli ambiti territoriali carenti (...), l’Azienda può indicare la zona in cui deve essere comunque assicurata l’assistenza ambulatoriale ed eventualmente indicare una modalità articolata*”;
- l’art. 19, comma 1, del sopracitato A.C.N. stabilisce che “*i pediatri da incaricare per l’espletamento delle attività previste dal presente Accordo sono tratti da una graduatoria per titoli, di validità annuale, predisposta a livello regionale dall’Assessorato alla Sanità (...)*”;

CONSIDERATO CHE on Decreto n.18854/2024 pubblicata nel BURC n.264 del 19 dicembre 2024 è stata approvata la graduatoria regionale definitiva per il convenzionamento con la Pediatria di Libera Scelta, valevole per l'anno 2025;

PRESO ATTO delle richieste di pubblicazione degli incarichi vacanti per la pediatria di libera scelta individuati dalle Aziende Sanitarie Provinciali di Cosenza, Catanzaro e Crotone, con riferimento all'anno 2025, di cui alle deliberazioni, agli atti dell'U.O_1.6 - Medicina Convenzionata - Continuità Assistenziale del Dipartimento Salute e Welfare e riportati nell'Avviso quale Allegato A, parte integrante del presente provvedimento;

DATO ATTO CHE l'Avviso allegato al presente decreto quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, riporta l'indicazione dettagliata degli incarichi vacanti per la pediatria di libera scelta e di quelli che si renderanno disponibili nel corso dell'anno 2025, per cui si procede alla pubblicazione, i requisiti e criteri di graduazione nonché la modulistica che i professionisti interessati dovranno utilizzare, i termini e le modalità per la presentazione della domanda di partecipazione;

PRECISATO CHE

- all' U.O_1.6 - Medicina Convenzionata - Continuità Assistenziale del Dipartimento Salute e Welfare è stata affidata la procedura di pubblicazione ed assegnazione degli incarichi vacanti per la pediatria di libera scelta disponibili nel corso dell'anno 2025, per come stabilito nell'allegato Avviso, parte integrante del presente provvedimento;
- i pediatri aspiranti al conferimento degli incarichi ai sensi del co. 4 dell'art. 32 del vigente A.C.N., dovranno presentare domanda entro venti (20) giorni dalla data di pubblicazione del presente atto nel BURC, per come stabilito nell'allegato Avviso (Allegato A), parte integrante del presente provvedimento;
- l'U.O_1.6 - Medicina Convenzionata - Continuità Assistenziale, allo scadere dei termini per la presentazione delle domande, con successivo decreto provvederà alla formulazione delle graduatorie per l'assegnazione degli incarichi vacanti per la pediatria di libera scelta con riferimento all'anno 2025;
- sarà consentito agli interessati presentare istanza motivata di riesame della propria posizione nella graduatoria provvisoria nei 10 giorni successivi dalla data di pubblicazione della stessa sul BURC;
- l'U.O_1.6 - Medicina Convenzionata - Continuità Assistenziale provvederà con successivo Avviso comunicherà la data e la sede di convocazione dei candidati aventi titolo all'assegnazione degli incarichi con un preavviso minimo di 15 (quindici) giorni;
- al pediatra assegnatario di un incarico, all'atto del conferimento del medesimo da parte dell'ASP di competenza, non dovrà trovarsi nelle situazioni di incompatibilità di cui all'art. 20, co. 1, del sopramenzionato A.C.N.;

CONSIDERATO CHE occorre, pertanto, procedere alla pubblicazione dettagliata degli incarichi vacanti per la pediatria di libera scelta con riferimento all'anno 2025, per come richiesto dalle Aziende Sanitarie Provinciali di Cosenza, Catanzaro e Crotone di cui alle deliberazioni, agli atti della struttura regionale competente, riportati nell'Avviso quale Allegato A, parte integrante del presente provvedimento;

SI ATTESTA che il presente provvedimento non comporta oneri sul Bilancio Regionale in quanto trattasi di attivazione di procedura per l'assegnazione degli incarichi vacanti per la pediatria di libera scelta con riferimento all'anno 2025, per come individuati dalle Aziende Sanitarie Provinciali di Cosenza, Catanzaro e Crotone nel rispetto dell'Accordo Collettivo Nazionale di riferimento;

SU PROPOSTA del Responsabile del Procedimento, individuata con nota prot. n.79847 del 06.02.2025, che attesta la regolarità amministrativa-contabile nonché la legittimità e correttezza del presente atto;

DECRETA

Per le motivazioni espresse in premessa, e che qui si intendono integralmente riportate:

DI DISPORRE la pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria degli incarichi vacanti per la pediatria di libera scelta con riferimento all'anno 2025, per come richiesto dalle Aziende Sanitarie Provinciali di Cosenza, Catanzaro e Crotone di cui alle deliberazioni, agli atti della struttura regionale competente, riportati nell'Avviso quale Allegato A, parte integrante del presente provvedimento;

DI APPROVARE l'Avviso allegato al presente Decreto quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, contenente l'indicazione dettagliata degli incarichi vacanti di pediatria di libera scelta per come richiesto dalle Aziende Sanitarie Provinciali di Cosenza, Catanzaro e Crotone di cui alle deliberazioni, agli atti della struttura regionale competente, riportati nell'Avviso quale Allegato A, parte integrante del presente provvedimento;

DI PRECISARE CHE

- all' U.O_1.6 - Medicina convenzionata - Continuità assistenziale del Dipartimento Salute e Welfare è stata affidata la procedura di pubblicazione ed assegnazione degli incarichi vacanti per la pediatria di libera scelta disponibili nel corso dell'anno 2025, per come stabilito nell'allegato Avviso, parte integrante del presente provvedimento;
- pediatri aspiranti al conferimento degli incarichi ai sensi del co. 4 dell'art. 32 del vigente A.C.N., dovranno presentare domanda entro venti (20) giorni dalla data di pubblicazione del presente atto nel BURC, per come stabilito nell'allegato Avviso, parte integrante del presente provvedimento;
- l'U.O_1.6 -Medicina Convenzionata - Continuità Assistenziale provvederà con successivo decreto, allo scadere dei termini per la presentazione delle domande, alla formulazione delle graduatorie per l'assegnazione degli incarichi vacanti per la pediatria di libera scelta con riferimento all' anno 2025;
- sarà consentito agli interessati presentare istanza motivata di riesame della propria posizione nella graduatoria provvisoria nei 10 giorni successivi alla data di pubblicazione della stessa sul BURC;
- l'U.O_1.6 - Medicina Convenzionata - Continuità Assistenziale provvederà con successivo Avviso a comunicare la data e la sede di convocazione dei candidati aventi titolo all'assegnazione degli incarichi con un preavviso minimo di 15 (quindici) giorni;
- al pediatra assegnatario di un incarico, all'atto del conferimento del medesimo da parte dell'ASP di competenza, non dovrà trovarsi nelle situazioni di incompatibilità di cui all'art. 20, co. 1, del sopramenzionato A.C.N.;

DI ATTESTARE che il presente provvedimento non comporta oneri sul Bilancio Regionale in quanto trattasi di attivazione procedura di pubblicazione ed assegnazione degli incarichi vacanti per la pediatria di libera scelta disponibili nel corso dell'anno 2025, per come stabilito nell'allegato Avviso (Allegato A), parte integrante del presente provvedimento;

DI PROVVEDERE alla pubblicazione del provvedimento sul BURC, ai sensi della legge regionale 6 aprile 2011 n. 11 e nel rispetto del Regolamento UE 2016/679;

DI PROVVEDERE alla pubblicazione sul sito istituzionale della Regione, ai sensi del D.lgs. 14 marzo 2013 n. 33, ai sensi della legge regionale 6 aprile 2011 n.11 e nel rispetto del Regolamento UE 2016/679.

DI TRASMETTERE il presente atto alle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie Provinciali di Cosenza, Catanzaro, Crotone e Reggio Calabria, nonché agli Ordini dei Medici e Odontoiatri della Regione Calabria affinché ne diano adeguata visibilità;

Sottoscritta dal Responsabile del Procedimento

Caterina Tavano
(con firma digitale)

Sottoscritta dal Dirigente Generale

Tommaso Calabrò
(con firma digitale)



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Salute e Welfare

**Settore 1- Personale e Professioni Del Servizio Sanitario Regionale e Sistema Universitario – Formazione Ecm-
Medicina Convenzionata – Continuità Assistenziale**

**ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI PEDIATRI
DI LIBERA SCELTA DEL 25 LUGLIO 2024**

AVVISO PUBBLICAZIONE AMBITI TERRITORIALI CARENTI

**DELLE AZIENDE SANITARIE PROVINCIALI DI COSENZA, CATANZARO, CROTONE E REGGIO
CALABRIA.**

ALLEGATO A

- AVVISO

- DOMANDE

Unico file formato PDF completo di tutti gli allegati. (di seguito elencati)

- ☐ **Domanda (PER TRASFERIMENTO TABELLA A)**
- ☐ **Allegato I**
- ☐ **copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).**
- ☐ **copia fotostatica codice fiscale.**

PER TUTTE LE ALTRE TIPOLOGIE DI DOMANDE ALLEGARE

- ☐ **DOMANDA**
- ☐ **TABELLA B) Elenco ambiti carenti scelti**
- ☐ **Allegato I**
- ☐ **copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).**
- ☐ **copia fotostatica codice fiscale.**

RENDICONTAZIONE AMBITI CARENTI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA ANNO 2025

Si precisa che gli interessati dovranno predisporre una singola domanda per ogni Azienda		
AMBITI CARENTI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA ANNO 2025		
ASP	PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	N. INCARICHI VACANTI INDIVIDUATI
COSENZA	DELIBERA N.1340 DEL 06 GIUGNO 2025	9
CROTONE	DELIBERA N. 208 DEL 14 MAGGIO 2025	2
CATANZARO	DELIBERA N. 573 DEL 29 MAGGIO 2025	8
VIBO VALENTIA	NESSUN AMBITO CARENTE	0
REGGIO CALABRIA	NESSUN AMBITO CARENTE	0
TOTALE		19

AZIENDA SANIATRIA PROVINCIALE DI COSENZA DELIBERA N.1340 DEL 06 GIUGNO 2025		
PUBBLICAZIONE AMBITI CARENTI PLS TABELLA B 2025		
DISRETTO SOCIO SANITARIO	N.	SEDE
IONIO NORD N.2:	1	COMUNE DI CORIGLIANO
	1	COMUNE DI CORIGLIANO
IONIO SUD N. 1:	1	COMUNE DI ROSSANO
TIRRENO N. 5:	1	COMUNE DI TORTORA;
	1	COMUNE DI AMANTEA;
	1	COMUNE DI SCALEA-S. MARIA DEL CEDRO
	1	COMUNE DI PAOLA
(NELLA SEDUTA DEL COMITATO AZIENDALE PLS DEL 5 MAGGIO 2025 SI È OPTATO DI INDIVIDUARE LA ZONA CARENTE NEL COMUNE DI S. LUCIDO PIUTTOSTO CHE IN QUELLO DI BONIFATI PERCHÉ RISULTA MAGGIORE LA CARENZA ASSISTENZIALE);	1	COMUNE DI S. LUCIDO
DISTRETTO ESARO-POLLINO N.1	1	COMUNE DI CASTROVILLARI.
TOTALE	9	

AZIENDA SANIATRIA PROVINCIALE DI CATANZARO DELIBERA N. 573 DEL 29 MAGGIO 2025		
PUBBLICAZIONE AMBITI CARENTI PLS TABELLA B 2025		
DISRETTO SOCIO SANITARIO	N.	SEDE
CATANZARO N.2	1	BORGIA
	1	SELLIA MARINA
LAMEZIA TERME N.4	1	LAMEZIATERME/SAMBIASE
	1	PIANOPOLI
	1	CURINGA
	1	DECOLLATURA
SOVERATO N.2	1	SQUILLACE
	1	GIRIFALCO
TOTALE	8	

AZIENDA SANIATRIA PROVINCIALE DI CROTONE DELIBERA N. 208 DEL 14 MAGGIO 2025		
PUBBLICAZIONE AMBITI CARENTI PLS TABELLA B 2025		
DISTRETTO SANITARIO CROTONE N.2 AMBITI CARENTI DI PLS		
	AMBITI VACANTI	INCARICHI VACANTI
	Comune di Strongoli, in esecuzione della procedura di mobilità intraaziendale con scelta operata dal Dott. Vittorio Pisani, Medico Pediatra in Convenzione, con studio già nel Comune di Strongoli, trasferitosi nel Comune di Crotone;	1
	Comune di Crucoli Torretta, con possibilità di apertura di studio medico anche nel Comune di Verzino;	1
	TOTALE	2

- In attuazione di quanto sancito dal vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, con le note regionali n.74385/2025 e n.277858/2025 il Dipartimento Salute e Welfare ha chiesto e disposto alle Aziende Sanitarie Provinciali di Cosenza, Catanzaro, Crotone e Reggio Calabria, l'individuazione degli ambiti carenti per la pediatria di libera scelta in ottemperanza a quanto disposto dal vigente Accordo per la pediatria di libera scelta.
- In riscontro alla nota regionale sopramenzionata le Aziende Sanitarie Provinciali hanno individuato gli incarichi vacanti di pediatria di libera scelta e di quelli che si renderanno disponibili nel corso dell'anno, trasmessi con deliberazioni agli atti della struttura regionale U.O_1.6 - Medicina convenzionata - Continuità assistenziale afferente il Settore 1, del Dipartimento Salute e Welfare.
- Sarà cura dell'.O_1.6 - Medicina convenzionata - Continuità assistenziale formulare ed approvare le graduatorie provvisorie/definitive che saranno pubblicate nel link regionale <https://www.regione.calabria.it/dipartimento-salute-e-welfare/aree-tematiche/medicina-convenzionata/>
- Al fine di ottemperare a quanto previsto dal vigente Accordo, occorre, procedere, alla pubblicazione degli incarichi vacanti di pediatria di libera scelta, individuati dalle Aziende Sanitarie Provinciali di Cosenza, Catanzaro, Crotone e Reggio Calabria con riferimento all'anno 2025 e riportati nel presente avviso. Si precisa che le Aziende Sanitarie Provinciali di Vibo Valentia e Reggio Calabria hanno comunicato che non sono stati individuati incarichi vacanti per l'anno 2025.

I pediatri interessati dovranno utilizzare la modulistica allegata al presente avviso dal quale prendere visione dei requisiti, dei criteri di graduazione, dei termini e le modalità per la presentazione della domanda di partecipazione per come disposto dall'art.32 del vigente Accordo per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta.

REQUISITI, TERMINI E MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

- 1) In ottemperanza a quanto stabilito dal vigente Accordo, la struttura regionale U.O_1.6 - Medicina convenzionata - Continuità assistenziale afferente il Settore 1, del Dipartimento Salute e Welfare pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco degli ambiti territoriali carenti e di quelli che si renderanno disponibili nel corso dell'anno, individuati dalle Aziende sulla base dei criteri di cui all' articolo 30.
- 2) In sede di pubblicazione degli ambiti territoriali carenti, fermo restando l'ambito di iscrizione del pediatra, l'Azienda può indicare la zona all'interno dell'ambito territoriale in cui deve essere comunque assicurata l'assistenza ambulatoriale ed eventualmente indicare una modalità articolata.
- 3) L'indicazione di cui al punto 2 costituisce vincolo all'apertura di uno studio nella zona indicata, vincolo che si protrae per un periodo di anni 2 (due) dall'iscrizione nell'elenco, trascorso il quale, il pediatra può chiedere all'Azienda di rimuovere tale vincolo in caso di pubblicazione di una nuova zona carente nell'ambito di scelta. Al momento del rilevamento della zona carente, l'Azienda, sentito il pediatra interessato, indica la sede da lui lasciata vacante come sede di pubblicazione della nuova zona carente. Lo spostamento dello studio può aver luogo esclusivamente con l'inizio dell'attività convenzionale del nuovo inserito.
- 4) I pediatri interessati, entro 20 (venti) giorni dalla pubblicazione del presente avviso, inoltrano all'U.O_1.6 - Medicina Convenzionata - Continuità Assistenziale esclusivamente a mezzo PEC all'indirizzo **avvisigraduatoriemmg-pls.salute@pec.regione.calabria.it** da una casella di Posta Elettronica Certificata di cui il candidato sia il titolare, domanda di assegnazione, con apposizione del bollo secondo la normativa vigente, per uno o più incarichi vacanti pubblicati riferite Ad un'unica Azienda Sanitaria.
- 5) Possono concorrere al conferimento degli incarichi secondo il seguente ordine:
 - a) per trasferimento tra Aziende (interaziendale): i pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato **iscritti da almeno due anni in Regione Calabria** che pubblica il presente Avviso;
 - b) per trasferimento tra Aziende (interaziendale): i pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato **iscritti da almeno quattro anni nel medesimo elenco di provenienza di altra Regione**;
 - c) i pediatri inclusi nella graduatoria regionale definitiva per l'anno in corso 2025, approvata con Decreto n.18854/2024 pubblicata nel BURC n.264 del 19 dicembre 2024;
 - d) i pediatri 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**, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di cui al comma 4;
 - e) pediatri in possesso del diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i, non compresi nella lettera precedente.
- 6) I pediatri di cui al comma 5, lettere a) e b) sono graduati in base all'anzianità complessiva di incarico a tempo indeterminato, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'articolo 21, comma 1.
- 7) I pediatri di cui al comma 5, lettera c) sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:
 - a) punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'articolo 19, approvata con Decreto n.18854/2024 pubblicata nel BURC n.264 del 19 dicembre 2024;
 - b) punti 6 a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente per il quale concorrono abbiano la

residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;

- c) punti 10 ai pediatri residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico.

8) I pediatri di cui al comma 5, lettera d) e lettera e) sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età.

9) In caso di pari posizione in graduatoria, i pediatri di cui al comma 5, lettere a) e b) e c) sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età.

10) Le graduatorie per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti sono formulate sulla base dell'anzianità, dei relativi punteggi e criteri indicati, con la precisazione, per ciascun nominativo, degli ambiti per cui concorre.

11) La struttura regionale U.O_1.6 - Medicina convenzionata - Continuità assistenziale afferente il Settore 1, del Dipartimento Salute e Welfare, interpella secondo il seguente ordine:

- a. i pediatri di cui al comma 5, lettera a);
- b. i pediatri di cui al comma 5, lettera b);
- c. i pediatri di cui al comma 5, lettera c);
- d. i pediatri di cui al comma 5, lettera d), con priorità di interpello per i residenti nell'ambito carente, in Azienda, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione;
- e. i pediatri di cui al comma 5, lettera e), con priorità di interpello per i residenti nell'ambito carente, in Azienda, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

12) Sarà cura dell' U.O_1.6 - Medicina convenzionata - Continuità assistenziale comunicare con successivo avviso la data e la sede di convocazione dei medici con un preavviso di 15 (quindici) giorni che sarà pubblicato sul sito istituzionale della Regione Calabria <https://www.regione.calabria.it/dipartimento-salute-e-welfare/aree-tematiche/medicina-convenzionata/>

– L'U.O_1.6 - Medicina Convenzionata - Continuità Assistenziale, allo scadere dei termini per la presentazione delle domande, con successivo decreto provvederà alla formulazione delle graduatorie per l'assegnazione degli incarichi vacanti per la pediatria di libera scelta con riferimento all' anno 2025;

– sarà consentito agli interessati presentare istanza motivata di riesame della propria posizione nella graduatoria provvisoria nei 10 giorni successivi dalla data di pubblicazione della stessa sul BURC;

13) Il pediatra interpellato deve, a pena di decadenza, dichiarare l'ambito territoriale per il quale accetta l'incarico o rinunciare all'assegnazione.

14) La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico.

- Il pediatra oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare, entro le ore 12:00 del giorno precedente la convocazione plenaria all'indirizzo pec **avvisigraduatoriemmg-pls.salute@pec.regione.calabria.it** la propria disponibilità all'accettazione con l'indicazione dell'ordine di priorità tra gli incarichi per i quali abbia presentato domanda; in tal caso gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli indicati.

- L'U.O_1.6 - Medicina convenzionata - Continuità assistenziale entro le ore 09.00 del giorno fissato per la convocazione plenaria prenderà atto di eventuali comunicazioni per eventi straordinari che determineranno la mancata presenza seguite da specifiche autocertificazioni nel merito. Si precisa che

l'assenza o l'invio tardivo di comunicazione con pec all'indirizzo **avvisigraduatoriemmg-pls.salute@pec.regione.calabria.it** entro il termine stabilito, costituisce rinuncia all'incarico.

- 15) Il pediatra che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza, fatto salvo l'obbligo di garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso di cui all'articolo 23, comma 1, lettera a). La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.
- 16) All'atto dell'assegnazione dell'incarico, il pediatra deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità di cui all'articolo 20 devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.
- 17) L'U.O_1.6 - Medicina convenzionata - Continuità assistenziale espletate le formalità per l'assegnazione degli incarichi, invia gli atti alle Aziende interessate e, in caso di assegnazione di ambito territoriale carente, ai sensi del comma 5, lettera b), ad un pediatra proveniente da altra Regione, comunica alla Azienda di provenienza l'avvenuta accettazione dell'incarico ai fini di quanto previsto dal comma 15.
- 18) La Regione, successivamente alla conclusione delle procedure di cui al comma 1, può procedere, in corso d'anno, alla pubblicazione di ulteriori avvisi secondo i termini, i criteri e le modalità determinati nel presente articolo.

Modalità di presentazione della domanda

I pediatri aspiranti al conferimento degli incarichi pubblicati dovranno presentare domanda entro venti (20) giorni dalla data di pubblicazione del presente atto nel BURC, per come disposto dal co.4 dell'art.32 del vigente A.C.N. e per come riportato nel presente Avviso;

La domanda di assegnazione dovrà essere **inoltrata un'unica domanda in formato in un unico file formato PDF completo di tutti gli allegati** (da una casella di Posta Elettronica Certificata di cui il candidato sia il titolare), all'U.O_1.6 - Medicina convenzionata - Continuità assistenziale, esclusivamente all'indirizzo di Posta Elettronica Certificata **avvisigraduatoriemmg-pls.salute@pec.regione.calabria.it** utilizzando gli appositi moduli, allegati al presente avviso, con apposizione del bollo secondo la normativa vigente. La domanda dovrà essere firmata secondo una delle seguenti modalità:

- con firma autografa su carta, in forma estesa e leggibile, scansionata in formato PDF e accompagnata da copia del documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000);
- con firma digitale o qualificata intestata al candidato utilizzabile per qualunque tipo di trasmissione;
- Al momento dell'invio della domanda il medico deve avere provveduto al pagamento dell'imposta di bollo pari ad € 16,00;
- nel caso di apposizione della marca da bollo cartacea, **l'interessato deve provvedere all'annullamento con segno di croce o altro simbolo idoneo a provocarne l'annullamento;**
- nel caso di assolvimento dell'imposta tramite modello F23 o altra modalità telematica, è richiesto l'invio dell'attestazione del pagamento unitamente alla domanda;

La domanda deve essere inviata, **in un unico file formato PDF completo di tutti gli allegati** esclusivamente all'indirizzo **avvisigraduatoriemmg-pls.salute@pec.regione.calabria.it** e deve riportare nell'oggetto la dicitura **“DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE ASSEGNAZIONE AMBITI CARENTI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA** indicando quanto di seguito specificato”

- a) ART.32 CO.5 LETT.A) per trasferimento tra Aziende (interaziendale): i pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato **iscritti da almeno due anni in Regione Calabria** che pubblica il presente Avviso;
- b) ART.32 CO.5 LETT. B) per trasferimento tra Aziende (interaziendale): i pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato **iscritti da almeno quattro anni nel medesimo elenco di provenienza di altra Regione;**

- c) ART.32 CO.5 LETT. C) i pediatri inclusi nella graduatoria regionale definitiva per l'anno in corso 2025, approvata con Decreto n.18854/2024 pubblicata nel BURC n.264 del 19 dicembre 2024;
- d) ART.32 CO.5 LETT. D) i pediatri 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**, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di cui al comma 4;
- e) ART.32 CO.5 LETT. E) pediatri in possesso del diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i, non compresi nella lettera precedente.

Ad ogni messaggio PEC trasmesso deve corrispondere un'unica domanda in formato PDF **inviato in un unico file formato PDF completo di tutti gli allegati**. (di seguito elencati)

- ☐ **Domanda (PER TRASFERIMENTO TABELLA A)**
- ☐ **Allegato I**
- ☐ **copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).**
- ☐ **copia fotostatica codice fiscale.**

PER TUTTE LE ALTRE TIPOLOGIE DI DOMANDE ALLEGARE

- ☐ **DOMANDA**
- ☐ **TABELLA B) Elenco ambiti carenti scelti**
- ☐ **Allegato I**
- ☐ **copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).**
- ☐ **copia fotostatica codice fiscale.**

Altre tipologie di formato non saranno ammesse e comporteranno l'esclusione dalla procedura.

Ai fini della verifica della trasmissione della domanda entro il termine utile, **farà fede l'avviso di consegna** della Posta Elettronica Certificata (PEC), l'assenza di tale ricevuta indica che la comunicazione non è stata recapitata al sistema regionale.

I termini per la presentazione delle domande sono perentori. La domanda dovrà essere compilata correttamente e in tutte le sue parti (UNA PER OGNI ASP). Le domande incomplete e che perverranno oltre i termini ivi previsti non saranno prese in considerazione e, pertanto, saranno annullate.

Le comunicazioni rese con le modalità di cui al precedente capoverso hanno valore di notifica e nessuna ulteriore comunicazione sarà inviata a mezzo PEC relativamente all'espletamento delle procedure di assegnazione degli ambiti territoriali carenti. In particolare, **la convocazione plenaria di assegnazione incarichi sarà pubblicata con avviso sul link Regionale**

<https://www.regione.calabria.it/dipartimento-salute-e-welfare/arree-tematiche/medicina-convenzionata/e> la stessa costituirà convocazione ufficiale dei medici ai fini dell'assegnazione degli incarichi e sostituisce a tutti gli effetti la convocazione tramite PEC.

Il Funzionario

F.to Caterina Tavano

Firma autografa sostitutiva a mezzo stampa, ai sensi dell'art.3, comma 2, del D.Lgs n.39.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI FORNITI NELL'AMBITO PUBBLICAZIONE AMBITI CARENTI PER LA MEDICINA GENERALE.

PREMESSA

Con le seguenti informazioni si vuole offrire una visione chiara e trasparente dei dati personali che Regione Calabria intende raccogliere e trattare nell'ambito della pubblicazione degli ambiti carenti per la medicina generale riferiti all'anno 2025 al fine di procedere all'assegnazione degli stessi per come richiesti dalle Aziende Sanitarie Provinciali della Regione Calabria, alla struttura regionale U.O_1.6 - Medicina Convenzionata - Continuità Assistenziale afferente il Settore 1, del Dipartimento Salute e Welfare Regione

Il trattamento di tali dati personali avverrà nel rispetto del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati Personali 2016/679 (di seguito "GDPR") che trova piena applicazione in tutti gli Stati membri dell'Unione europea dal 25 maggio 2018.

TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento è l'ente Regione Calabria, con sede legale in Catanzaro c/o Cittadella Regionale, Viale Europa, Località Germaneto 88100, numero verde 800 84 12 89, C.F./P.IVA 02205340793.

Il delegato del Titolare al presente trattamento di dati personali, ai sensi della deliberazione di Giunta regionale n. 29 del 1 febbraio 2021, è il Dirigente Generale del Dipartimento "Salute e Welfare, PEC avvisigraduatoriemmg-pls.salute@pec.regione.calabria.it.

TIPOLOGIE DI DATI TRATTATI E FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

Nell'ambito del bando della pubblicazione degli ambiti carenti in medicina generale, Regione Calabria raccoglie e tratta i seguenti dati personali:

- Dati di identificazione personale (nome; cognome, codice fiscale cittadinanza)
- Dati di contatto (residenza ed eventuale domicilio, numeri telefonici; indirizzi di posta elettronica;
- Dati relativi alla richiesta di assegnazione ambito carente (ASP sede ed attività convenzionale quale MMG-PLS – EST)

Il trattamento si rende necessario per le seguenti finalità:

- finalità strettamente necessarie all'assegnazione ambiti carenti 2025.

BASI GIURIDICHE DEL TRATTAMENTO

I dati personali comuni raccolti sono trattati esclusivamente ai sensi: - Regolamento europeo n.679/2016 art. 6 comma 1, per le finalità della lettera e);

Le categorie particolari di dati personali raccolte sono trattate esclusivamente ai sensi: - Regolamento europeo n.679/2016 art. 9 comma 2, per le finalità della lettera g);

MODALITÀ GENERALI DEL TRATTAMENTO

Il trattamento dei dati personali è realizzato su supporto sia cartaceo sia elettronico, nel rispetto dei principi di liceità e correttezza di cui all'art. 5 del GDPR e in modo tale da garantire la riservatezza e la sicurezza delle informazioni. Si specifica inoltre che il trattamento non comporta alcuna attivazione di processi decisionali automatizzati.

I dati personali sono raccolti presso l'Interessato per mezzo della domanda di partecipazione. Il conferimento dei dati è facoltativo, ma necessario per le finalità sopra indicate.

Ne consegue che l'eventuale rifiuto a fornirli potrà determinare l'impossibilità di Regione Calabria a espletare il servizio richiesto.

Regione Calabria si impegna ad assicurare che le informazioni e i dati raccolti ed utilizzati siano adeguati, pertinenti e limitati, anche nel tempo di conservazione, a quanto necessario rispetto alle finalità di trattamento sopra descritte, e che i propri dati personali siano trattati in modo da garantire la sicurezza degli stessi, anche attraverso misure tecniche e organizzative adeguate ed efficaci messe in atto dal Titolare, nel rispetto del principio di Accountability (Responsabilizzazione) prescritto dal GDPR, che evitino il rischio di perdita, accesso non autorizzato, uso illecito e diffusione degli stessi.

DESTINATARI DEI DATI PERSONALI

Preposti al trattamento

I dati personali raccolti sono trattati per le finalità di cui sopra:

- da personale dipendente di Regione Calabria, in prevalenza del Personale e Professioni Del Servizio Sanitario Regionale e Sistema Universitario – Formazione Ecm- Medicina Convenzionata – Continuità Assistenziale” del Dipartimento “Salute e Welfare”

Le persone preposte alle attività di trattamento sono previamente autorizzate e istruite in ordine alle finalità e alle relative modalità del trattamento.

Comunicazioni a terzi

I dati personali raccolti non saranno né diffusi né comunicati a terzi, fatti salvi i casi in cui si renda necessario comunicarli a soggetti pubblici legittimati a richiedere tali dati.

Trasferimenti extra UE

I dati personali raccolti non saranno né diffusi né trasferiti in paesi extra UE.

PERIODO DI CONSERVAZIONE

I dati personali saranno conservati presso Regione Calabria per il tempo necessario ad adempiere alle finalità di cui sopra e, comunque, per tutto il tempo necessario alla gestione della procedura nonché, successivamente, in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

Al termine del periodo di conservazione, tali dati saranno cancellati o trattati in forma anonima.

DIRITTI DEGLI INTERESSATI

Gli Interessati (persone fisiche cui si riferiscono i dati personali) hanno il diritto di ottenere, nei casi previsti, l'accesso ai propri dati personali, la rettifica, la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del GDPR).

L'apposita istanza per l'esercizio dei diritti connessi al trattamento dei dati personali, è presentata all'Ufficio Privacy di Regione Calabria, utilizzando preferibilmente la modulistica disponibile all'indirizzo <https://www.regione.calabria.it/website/responsabileprotezionedati/>, secondo le seguenti modalità:

- a mezzo posta, inviando una comunicazione con raccomandata a/r a: Regione Calabria - Dipartimento Organizzazione, Risorse Umane - Ufficio Privacy, Viale Europa - Cittadella Regionale - Località Germaneto 88100 - Catanzaro;
- a mezzo PEC, all'indirizzo datlavprivacy.personale@pec.regione.calabria.it.

In alternativa, ci si può rivolgere direttamente anche al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) di Regione Calabria o al Titolare del trattamento o suo delegato, utilizzando i recapiti riportati nelle sezioni “Responsabile della Protezione dei Dati” e “Titolare del Trattamento” della presente informativa.

L'esercizio dei propri diritti in qualità di Interessato è gratuito ai sensi dell'art. 12 del GDPR, salvo i casi di richieste manifestamente infondate o eccessive ai quali si applica il par. 5 del medesimo articolo.

Regione Calabria si impegna a fornire una risposta entro il termine di un mese dalla richiesta, estensibile fino a tre mesi in caso di particolare complessità della stessa.

Diritto di reclamo

Gli Interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti, effettuato nell'ambito della presente attività, avvenga in violazione di quanto previsto dal GDPR, hanno il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante, come previsto dall'art. 77 del GDPR stesso, ovvero, di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del GDPR).

RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Il Responsabile della Protezione dei Dati (di seguito “RPD”) designato da Regione Calabria, a norma dell'art. 37, par. 1, lettera a) del GDPR è l'avv. Angela Stellato, nominata con DPGR n. 178 del 4 novembre 2021. È possibile rivolgersi al RPD per tutte le questioni relative al trattamento dei propri dati personali e per l'esercizio dei connessi diritti, nelle seguenti modalità:

- a mezzo posta, inviando una comunicazione con raccomandata a/r all'indirizzo: Regione Calabria - Cittadella Regionale - Viale Europa, Località Germaneto 88100 - Catanzaro - alla c.a. del Responsabile della Protezione dei Dati;
- a mezzo PEC, all'indirizzo rpd@pec.regione.calabria.it.

I dati di contatto riportati nella presente informativa sono riservati alle sole comunicazioni in materia di protezione dati personali. Per ogni altra comunicazione pertinente alla specifica attività amministrativa (entro cui è effettuato il trattamento dei propri dati personali) fare riferimento al Dipartimento/Settore di competenza

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE

DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI

DI ASSISTENZA PEDIATRICA ANNO 2025

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE
DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PEDIATRICA ANNO 2025**

PER TRASFERIMENTO LETTERA A) tra Aziende (interaziendale): i pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato iscritti da almeno due anni in Regione Calabria sancito Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di Libera Scelta, del 25 luglio 2024.

Marca da bollo (€ 16,00)

da annullare con data.

(non coprire il numero identificativo)

REGIONE CALABRIA**Dipartimento Salute e Welfare****Settore 1- U.O_1.6 - Medicina convenzionata - Continuità
assistenziale,****avvisigraduatoriemmg-pls.salute@pec.regione.calabria.it**

Il/la sottoscritto/a. nato/a a

Prov..... il Codice Fiscale

Residente a Via n..... CAP

Tel.....Cell.....

PEC (obbligatoria):.....E-mail

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO LETTERA A)

secondo quanto previsto dall'articolo 32, comma 5, lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la pediatria di libera scelta del 25 luglio 2024, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di pediatria di libera scelta – anno 2025, di cui al Decreto n. _____ del _____ pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. _____ del _____

lettera a) per trasferimento tra Aziende (interaziendale): i pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato iscritti da almeno due anni in Regione Calabria e per i seguenti ambiti, indicati in ordine di priorità e per come indicato nella TABELLA A) parte integrante e sostanziale del presente atto (in mancanza dell'indicazione dell'ambito prescelto, non verrà assegnato alcuna zona carente):

TABELLA A)					
AZIENDA SANIATRIA PROVINCIALE DI					
AZIENDA DI PROVENIENZA	SEDE DI PROVENIENZA	DISTRETTO	AMBITO	SEDE	NOTE

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci,

**così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000
(dichiarazione sostitutiva di certificazione)**

- ☐ di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università
di _____ in data _____ con voto _____/110 o _____/100
- ☐ di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data

di aver conseguito il diploma di specializzazione in:

- ☐ pediatria _____ in data _____
con voto _____ presso l'Università di _____
- ☐ disciplina equipollente alla pediatria di cui all'allegato B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i.)
_____ in data _____ con voto _____ presso l'Università di _____
- ☐ di aver conseguito il diploma di specializzazione in _____ in un
paese estero riconosciuto in Italia con Decreto Ministeriale n. _____
del _____ (di cui si allega copia)
- ☐ di essere iscritto all'Albo Professionale dei Medici della Provincia didal.....
- ☐ di essere titolare di incarico a tempo indeterminato per la Pediatria di Famiglia presso l'Azienda
Sanitaria/Provinciale di..... per l'ambito territoriale di della
Regione Calabria dal
- ☐ di essere stato precedentemente iscritto negli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza pediatrica
dal.....al ambito Regione
- dal..... al ambito Regione.....
- dal.....al ambito Regione
- dal..... al ambito Regione.....
- ☐ con anzianità complessiva di pediatria di libera scelta, pari a mesi _____, detratti i seguenti periodi di
sospensione dall'incarico ai sensi dell'art. 21, comma 1, dell'ACN PLS 25/07/2024:
- dal _____ al _____ ASP _____ Regione _____
- dal _____ al _____ ASP _____ Regione _____
- dal _____ al _____ ASP _____ Regione _____

DICHIARA ALTRESÌ

- ☐ **di partecipare per trasferimento lettera A) per l'anno in corso (2025) tra Aziende (interaziendale): i
pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato iscritti da almeno due anni in Regione Calabria
sancito Accordo dall' Collettivo Nazionale per la Pediatria di Libera Scelta, del 25 luglio 2024.;**
- ☐ di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del
Regolamento UE n. 2016/679;

- ☐ di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016, allegata all'avviso;
- ☐ di essere a conoscenza che l'autorità competente potrà effettuare controlli sulle dichiarazioni sostitutive, ai sensi del DPR 445/2000 e ss.mm.ii. e, pertanto, si impegna a conservare la suddetta marca in originale, debitamente incollata e annullata nell'apposito spazio della domanda stessa, ed a renderla disponibile ai fini dei suddetti controlli.
- ☐ di aver preso visione che sarà cura dell' U.O_1.6 - Medicina convenzionata - Continuità assistenziale con successivo decreto comunicherà la data e la sede di convocazione dei medici con un preavviso di 15 (quindici) giorni pubblicato sul sito istituzionale della Regione Calabria al seguente indirizzo: **<https://www.regione.calabria.it/dipartimento-salute-e-welfare/aree-tematiche/medicina-convenzionata/>**
- ☐ che la marca da bollo con numero identificativo _____, figurante sul frontespizio della domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di pediatra di libera scelta – anno 2025, trasmessa per PEC in data _____, è conforme all'originale in proprio possesso;
- ☐ di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00 come da attestazione trasmessa unitamente alla presente domanda;
- ☐ di conservare l'originale della domanda di cui sopra per i controlli previsti dalla normativa vigente da parte dell'Amministrazione e di impegnarsi a produrla in sede di convocazione;

NOTE _____

Allega unico file formato PDF completo di:

- **Domanda**
- **Allegato L**
- **copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).**
- **copia fotostatica codice fiscale.**

Luogo e data

.....

(firma autenticata)*

(*) La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la domanda è corredata di fotocopia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii., o se viene resa con firma digitale ai sensi della normativa vigente.

L'inosservanza di quanto specificato comporta l'esclusione della domanda

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE
DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PEDIATRICA ANNO 2025
PER TRASFERIMENTO – LETTERA B) tra Aziende (interaziendale): i pediatri titolari di incarico a
tempo indeterminato iscritti da almeno quattro anni nel medesimo elenco di provenienza di altra
Regione**

REGIONE CALABRIA

Dipartimento Salute e Welfare

**Settore 1- U.O_1.6 - Medicina convenzionata - Continuità
assistenziale,**

avvisigraduatoriemmg-pls.salute@pec.regione.calabria.it

Marca da bollo (€ 16,00)

da annullare con data.

(non coprire il numero identificativo)

Il/la sottoscritto/a nato/a a

Prov..... il Codice Fiscale

Residente a Via n..... CAP

Tel.....Cell.....

PEC (obbligatoria):.....E-mail ai sensi

dell'art.32, comma 5 lettera a) e lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria di cui all'Atto

d'Intesa Conferenza Stato/Regioni del 25 luglio 2024.

FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO LETTERA B)

secondo quanto previsto dall'articolo 32, comma 5, lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la pediatria di libera scelta del 25 luglio 2024, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di pediatria di libera scelta anno 2025, di cui al Decreto n. _____ del _____ pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. _____ del _____

- ☐ **lettera b) per trasferimento tra Aziende (interaziendale):** i pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato iscritti da almeno quattro anni nel medesimo elenco di provenienza di altra Regione Calabria e per i seguenti ambiti, indicati in ordine di priorità e per come indicato nella TABELLA A) parte integrante e sostanziale del presente atto (in mancanza dell'indicazione dell'ambito prescelto, non verrà assegnato alcuna zona carente):

TABELLA A) AZIENDA SANIATRIA PROVINCIALE DI					
AZIENDA DI PROVENIENZA	SEDE DI PROVENIENZA	DISTRETTO	AMBITO	SEDE	NOTE

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione)

- ☐ di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università di _____ in data _____ con voto ____/110 o ____/100
- ☐ di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data

di aver conseguito il diploma di specializzazione in:

- ☐ pediatria _____ in data _____ con voto _____ presso l'Università di _____
- ☐ disciplina equipollente alla pediatria di cui all'allegato B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i.) _____ in data _____ con voto _____ presso l'Università di _____
- ☐ di aver conseguito il diploma di specializzazione in _____ in un paese estero riconosciuto in Italia con Decreto Ministeriale n. _____ del _____ (di cui si allega copia)
- ☐ di essere iscritto all'Albo Professionale dei Medici della Provincia di.....dal.....
- ☐ di essere titolare di incarico a tempo indeterminato per la Pediatria di Famiglia presso l'Azienda Sanitaria/Provinciale di..... per l'ambito territoriale di della Regione dal
- ☐ di essere stato precedentemente iscritto negli elenchi dei medici convenzionati per l'assistenza pediatrica dal.....al ambito Regione
- dal..... al ambito Regione.....
- dal.....al ambito Regione
- dal..... al ambito Regione.....
- ☐ con anzianità complessiva di pediatria di libera scelta, pari a mesi _____, detratti i seguenti periodi di sospensione dall'incarico ai sensi dell'art. 21, comma 1, dell'ACN PLS 25/07/2024:
- dal _____ al _____ AS _____ Regione _____
- dal _____ al _____ AS _____ Regione _____
- dal _____ al _____ AS _____ Regione _____

DICHIARA ALTRESÌ

- ☐ di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679;
- ☐ di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016, allegata all'avviso;

- ☐ di essere a conoscenza che l'autorità competente potrà effettuare controlli sulle dichiarazioni sostitutive, ai sensi del DPR 445/2000 e ss.mm.ii. e, pertanto, si impegna a conservare la suddetta marca in originale, debitamente incollata e annullata nell'apposito spazio della domanda stessa, ed a renderla disponibile ai fini dei suddetti controlli.
- ☐ di aver preso visione che sarà cura dell' U.O_1.6 - Medicina convenzionata - Continuità assistenziale con successivo decreto comunicherà la data e la sede di convocazione dei medici con un preavviso di 15 (quindici) giorni pubblicato sul sito istituzionale della Regione Calabria al seguente indirizzo: <https://www.regione.calabria.it/dipartimento-salute-e-welfare/aree-tematiche/medicina-convenzionata/>
- ☐ che la marca da bollo con numero identificativo _____, figurante sul frontespizio della domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti pediatra di libera scelta – anno 2025, trasmessa per PEC in data _____, è conforme all'originale in proprio possesso;
- ☐ di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00 come da attestazione trasmessa unitamente alla presente domanda;
- ☐ di conservare l'originale della domanda di cui sopra per i controlli previsti dalla normativa vigente da parte dell'Amministrazione e di impegnarsi a produrla in sede di convocazione;

NOTE _____

Allega unico file formato PDF completo di:

- **Domanda**
- **Allegato I**
- **copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00).**
- **copia fotostatica codice fiscale.**

Luogo e data

.....

(firma autenticata)*

(*) La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la domanda è corredata di fotocopia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii., o se viene resa con firma digitale ai sensi della normativa vigente.

L'inosservanza di quanto specificato comporta l'esclusione della domanda

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL' ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI
TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PEDIATRICA ANNO 2025
PER GRADUATORIA LETTERA C)** i pediatri inclusi nella graduatoria regionale definitiva per l'anno
in corso 2025, approvata con Decreto n.18854/2024 pubblicata nel BURC n.264 del 19 dicembre 2024;

Marca da bollo (€ 16,00)

da annullare con data.

(non coprire il numero identificativo)

REGIONE CALABRIA

Dipartimento Salute e Welfare

**Settore 1- U.O_1.6 - Medicina convenzionata - Continuità
assistenziale,**

avvisigraduatoriemmg-pls.salute@pec.regione.calabria.it

Il/la sottoscritto/a. nato/a a

Prov..... il Codice Fiscale

Residente a Via n..... CAP

Tel.....Cell.....

PEC (obbligatoria):.....E-mail

FA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER GRADUATORIA LETTERA C)

- ☐ **secondo quanto previsto dall'articolo 32, comma 5, lettera c)** dell'Accordo Collettivo Nazionale per la pediatria di libera scelta, per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di pediatria di libera scelta – anno 2025, di cui all'avviso di cui al Decreto n. _____ del _____ pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. _____ del _____
- ☐ **Di indicare l'Azienda Sanitaria Provinciale e le sedi prescelte, di cui alla TABELLA B) allegata alla presente (in mancanza dell'indicazione dell'ambito prescelto, non verrà assegnato alcuna zona carente):**

DICHIARA

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione)

- ☐ 1. di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università di _____ in data _____ con voto ____/110 o ____/100
- ☐ 2. di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data
- ☐ **3. di aver conseguito il diploma di specializzazione in:**
- ☐ .pediatria _____ in data _____ con voto _____ presso l'Università di _____
- ☐ disciplina equipollente alla pediatria di cui all'allegato B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i.) _____ in data _____ con voto _____ presso l'Università di _____
- ☐ di aver conseguito il diploma di specializzazione in _____ in un paese estero riconosciuto in Italia con Decreto Ministeriale n. _____ del _____ (di cui si allega copia)
- ☐ 4. di essere iscritto all'Albo Professionale dei Medici della Provincia di dal
- ☐ 5. di essere iscritto nella graduatoria per la pediatria di libera scelta della Regione Calabria Regionale valida

per l'anno 2025 con punti _____

- ☐ 6. di essere residente nel Comune di _____ prov. dal _____

PRECEDENTI RESIDENZE

- dal al Comune di.....
- dal al Comune di.....
- dal al Comune di.....
- dal al Comune di.....

- ☐ 7. di **non essere** titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza pediatrica

DICHIARA ALTRESÌ

- ☐ di essere a conoscenza che la mancata indicazione, al precedente punto 6), dei dati relativi alla residenza almeno a decorrere dal 31/01/2022, comporta la non attribuzione dei punti aggiuntivi (6 punti per la residenza nell'ambito territoriale dichiarato vacante per il quale concorre e 10 punti per la residenza in ambito regionale) ai sensi dell'art. 32, comma 7, lettere b) e c) dell'ACN PLS 25/07/2024;
- ☐ di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679;
- ☐ di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016, allegata all'avviso;
- ☐ di essere a conoscenza che l'autorità competente potrà effettuare controlli sulle dichiarazioni sostitutive, ai sensi del DPR 445/2000 e ss.mm.ii. e, pertanto, si impegna a conservare la suddetta marca in originale, debitamente incollata e annullata nell'apposito spazio della domanda stessa, ed a renderla disponibile ai fini dei suddetti controlli.
- ☐ di aver preso visione che sarà cura dell' U.O_1.6 - Medicina convenzionata - Continuità assistenziale con successivo decreto comunicherà la data e la sede di convocazione dei medici con un preavviso di 15 (quindici) giorni pubblicato sul sito istituzionale della Regione Calabria al seguente indirizzo: <https://www.regione.calabria.it/dipartimento-salute-e-welfare/aree-tematiche/medicina-convenzionata/>
- ☐ che la marca da bollo con numero identificativo _____, figurante sul frontespizio della domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti pediatra di libera scelta – anno 2025, trasmessa per PEC in data _____, è conforme all'originale in proprio possesso;
- ☐ di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00 come da attestazione trasmessa unitamente alla presente domanda;
- ☐ di conservare l'originale della domanda di cui sopra per i controlli previsti dalla normativa vigente da parte dell'Amministrazione e di impegnarsi a produrla in sede di convocazione;

NOTE _____

Allega unico file formato PDF completo di:

- Domanda
- Tabella B)
- Allegato I
- copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00)
- copia fotostatica codice fiscale.

- Luogo e data(firma autenticata)*

(*) La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la domanda è corredata di fotocopia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii., o se viene resa con firma digitale ai sensi della normativa vigente..

L'inosservanza di quanto specificato comporta l'esclusione della domanda.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI
CARENTI DI ASSISTENZA PEDIATRICA ANNO 2025**

AI SENSI DELLA LETTERA D) dall'articolo 32, comma 5, lettera d) e per l'anno in corso (2025) i pediatri 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**, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda.

Marca da bollo (€ 16,00)

da annullare con data.

(non coprire il numero identificativo)

REGIONE CALABRIA**Dipartimento Salute e Welfare****Settore 1- U.O_1.6 - Medicina convenzionata - Continuità assistenziale,
avvisigraduatoriemmg-pls.salute@pec.regione.calabria.it**

Il/la sottoscritto/a. nato/a a

Prov..... il Codice Fiscale

Residente a Via n..... CAP

Tel..... Cell..... PEC(obbligatoria):.....

E-mail

FA DOMANDA LETTERA D)

secondo quanto previsto dall'articolo 32, comma 5, lettera D) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la pediatria di libera scelta, all'avviso per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di pediatria di libera scelta – anno 2025, di cui al Decreto n. _____ del _____ pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. _____ del _____

- ☐ **Di indicare l'Azienda Sanitaria Provinciale e le sedi prescelte, di cui alla TABELLA B) allegata alla presente (in mancanza dell'indicazione dell'ambito prescelto, non verrà assegnato alcuna zona carente):**

DICHIARA

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione)

- ☐ 1. di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università di _____ in data _____ con voto ____/110 o ____/100
- ☐ 2. di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data
3. di partecipare ai sensi della lettera d) in possesso della specializzazione in:
- ☐ pediatria _____, termine del periodo formativo in data _____ e di essere in possesso del relativo diploma di specializzazione, conseguito in data _____, con voto _____ (di cui si allega copia) e pertanto successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale di Pediatria di libera scelta della regione Calabria valevole per l'anno 2025,;
- ☐ in possesso della specializzazione disciplina equipollente alla pediatria di cui all'allegato B del D.M. 30.01.1998 e

s.m.i.) _____ conseguita presso l'Università di _____, con inizio ordinario del periodo formativo in data _____ e termine del periodo formativo in data _____ con voto _____ (di cui si allega copia), e pertanto successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria di libera scelta della regione Calabria valevole per l'anno 2025;

- ☐ 4. di aver conseguito il diploma di specializzazione in _____ in un paese estero riconosciuto in Italia con Decreto Ministeriale n. _____ del _____ (di cui si allega copia);
- ☐ 5. di essere iscritto all'Albo Professionale dei Medici della Provincia di.....dal.....
- ☐ 6. di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza pediatrica
- ☐ 7. di essere residente nel Comune di _____ prov. dal _____
- ☐ 6) di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta nell'ambito del SSN.

DICHIARA ALTRESÌ

- ☐ di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679;
- ☐ di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016, allegata all'avviso;
- ☐ di essere a conoscenza che l'autorità competente potrà effettuare controlli sulle dichiarazioni sostitutive, ai sensi del DPR 445/2000 e ss.mm.ii. e, pertanto, si impegna a conservare la suddetta marca in originale, debitamente incollata e annullata nell'apposito spazio della domanda stessa, ed a renderla disponibile ai fini dei suddetti controlli.
- ☐ di aver preso visione che sarà cura dell' U.O_1.6 - Medicina convenzionata - Continuità assistenziale con successivo decreto comunicherà la data e la sede di convocazione dei medici con un preavviso di 15 (quindici) giorni pubblicato sul sito istituzionale della Regione Calabria al seguente indirizzo: <https://www.regione.calabria.it/dipartimento-salute-e-welfare/aree-tematiche/medicina-convenzionata/>
- ☐ che la marca da bollo con numero identificativo _____, figurante sul frontespizio della domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di pediatra di libera scelta – anno 2025, trasmessa per PEC in data _____, è conforme all'originale in proprio possesso;
- ☐ di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00 come da attestazione trasmessa _____ unitamente alla presente domanda;
- ☐ di conservare l'originale della domanda di cui sopra per i controlli previsti dalla normativa vigente da parte dell'Amministrazione e di impegnarsi a produrla in sede di convocazione;

NOTE _____

Allega unico file formato PDF completo di: Domanda

- **Tabella B)**
- **Allegato I**
- **copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00)**
- **copia fotostatica codice fiscale.**

Luogo e data(firma autenticata)*

(*)La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la domanda è corredata di fotocopia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii., o se viene resa con firma digitale ai sensi della normativa vigente..

L'inosservanza di quanto specificato comporta l'esclusione della domanda.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI
CARENTI DI ASSISTENZA PEDIATRICA ANNO 2025**

AI SENSI DELLA LETTERA E) dall'articolo 32, comma 5, lettera E) e per l'anno in corso (2025) i pediatri 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.**

Marca da bollo (€ 16,00)

da annullare con data.

(non coprire il numero identificativo)

REGIONE CALABRIA**Dipartimento Salute e Welfare****Settore 1- U.O _1.6 - Medicina convenzionata - Continuità
assistenziale,****avvisigraduatoriemmg-pls.salute@pec.regione.calabria.it**

Il/la sottoscritto/a. nato/a a

Prov..... il Codice Fiscale

Residente a Via n..... CAP

Tel..... Cell..... PEC(obbligatoria):.....

E-mail

FA DOMANDA LETTERA D)

secondo quanto previsto dall'articolo 32, comma 5, lettera E) dell'Accordo Collettivo Nazionale per la pediatria di libera scelta, all'avviso per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti di pediatria di libera scelta – anno 2025, di cui al Decreto n. _____ del _____ pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. _____ del _____

- ☐ **Di indicare l'Azienda Sanitaria Provinciale e le sedi prescelte, di cui alla TABELLA B) allegata alla presente (in mancanza dell'indicazione dell'ambito prescelto, non verrà assegnato alcuna zona carente):**

DICHIARA

A tal fine, consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000 (dichiarazione sostitutiva di certificazione)

- ☐ 1. di essere in possesso del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia, conseguito presso l'Università di _____ in data _____ con voto ____/110 o ____/100
- ☐ 2. di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio professionale in data
3. di partecipare ai sensi della lettera E) in possesso della specializzazione in:
- ☐ pediatria _____, termine del periodo formativo in data _____ e di essere in possesso del relativo diploma di specializzazione, conseguito in data _____, con voto _____ (di cui si allega copia) e pertanto successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale di Pediatria di libera scelta della regione Calabria valevole per l'anno 2025,;
- ☐ in possesso della specializzazione disciplina equipollente alla pediatria di cui all'allegato B del D.M. 30.01.1998

e s.m.i.) _____ conseguita presso l'Università di _____, con inizio ordinario del periodo formativo in data _____ e termine del periodo formativo in data _____ con voto _____ (di cui si allega copia), e pertanto successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria di libera scelta della regione Calabria valevole per l'anno 2025;

- ☐ 4. di aver conseguito il diploma di specializzazione in _____ in un paese estero riconosciuto in Italia con Decreto Ministeriale n. _____ del _____ (di cui si allega copia)
- ☐ 5. di essere iscritto all'Albo Professionale dei Medici della Provincia di.....dal.....
- ☐ 6. di **non essere** titolare di incarico a tempo indeterminato per l'assistenza pediatrica
- ☐ 7. di essere residente nel Comune di _____ prov. dal _____
- ☐ 6) di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta nell'ambito del SSN.

DICHIARA ALTRESÌ

- ☐ di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i. e del Regolamento UE n. 2016/679;
- ☐ di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 679/2016, allegata all'avviso;
- ☐ di essere a conoscenza che l'autorità competente potrà effettuare controlli sulle dichiarazioni sostitutive, ai sensi del DPR 445/2000 e ss.mm.ii. e, pertanto, si impegna a conservare la suddetta marca in originale, debitamente incollata e annullata nell'apposito spazio della domanda stessa, ed a renderla disponibile ai fini dei suddetti controlli.
- ☐ di aver preso visione che sarà cura dell' U.O_1.6 - Medicina convenzionata - Continuità assistenziale con successivo decreto comunicherà la data e la sede di convocazione dei medici con un preavviso di 15 (quindici) giorni pubblicato sul sito istituzionale della Regione Calabria al seguente indirizzo: <https://www.regione.calabria.it/dipartimento-salute-e-welfare/aree-tematiche/medicina-convenzionata/>
- ☐ che la marca da bollo con numero identificativo _____, figurante sul frontespizio della domanda di partecipazione all'assegnazione degli incarichi vacanti di medico pediatra di libera scelta – anno 2025, trasmessa per PEC in data _____, è conforme all'originale in proprio possesso;
- ☐ di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00 come da attestazione trasmessa _____ unitamente alla presente domanda;
- ☐ di conservare l'originale della domanda di cui sopra per i controlli previsti dalla normativa vigente da parte dell'Amministrazione e di impegnarsi a produrla in sede di convocazione;

NOTE _____

Allega unico file formato PDF completo di: Domanda

- Tabella B)
- Allegato I
- copia fotostatica di un documento di identità (art.38 del DPR 445/00)
- copia fotostatica codice fiscale.

Luogo e data (firma autenticata)*

(*)La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se la domanda è corredata di fotocopia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii., o se viene resa con firma digitale ai sensi della normativa vigente..

L'inosservanza di quanto specificato comporta l'esclusione della domanda.

AZIENDA SANIATRIA PROVINCIALE DI COSENZA DELIBERA N. 1340 DEL 06 GIUGNO 2025			
PUBBLICAZIONE AMBITI CARENTI PLS TABELLA B 2025			
DISRETTO SOCIO SANITARIO	N.	SEDE	SCELTA
IONIO NORD N.2:	1	COMUNE DI CORIGLIANO	
	1	COMUNE DI CORIGLIANO	
IONIO SUD N. 1:	1	COMUNE DI ROSSANO	
TIRRENO N. 5:	1	COMUNE DI TORTORA;	
	1	COMUNE DI AMANTEA;	
	1	COMUNE DI SCALEA-S. MARIA DEL CEDRO	
	1	COMUNE DI PAOLA	
(NELLA SEDUTA DEL COMITATO AZIENDALE PLS DEL 5 MAGGIO 2025 SI È OPTATO DI INDIVIDUARE LA ZONA CARENTE NEL COMUNE DI S. LUCIDO PIUTTOSTO CHE IN QUELLO DI BONIFATI PERCHÉ RISULTA MAGGIORE LA CARENZA ASSISTENZIALE);	1	COMUNE DI S. LUCIDO	
ESARO-POLLINO N.1	1	COMUNE DI CASTROVILLARI.	
TOTALE	9		

DATA_____

FIRMA_____

AZIENDA SANIATRIA PROVINCIALE DI CATANZARO DELIBERA N. 573 DEL 29 MAGGIO 2025			
PUBBLICAZIONE AMBITI CARENTI PLS TABELLA B 2025			
DISRETTO SOCIO SANITARIO DI	N.	SEDE	SCELTA
CATANZARO N.2	1	BORGIA	
	1	SELLIA MARINA	
LAMEZIA TERME N.4	1	LAMEZIATERME/SAMBIASE	
	1	PIANOPOLI	
	1	CURINGA	
	1	DECOLLATURA	
SOVERATO N.2	1	SQUILLACE	
	1	GIRIFALCO	
TOTALE	8		

DATA_____

FIRMA_____

AZIENDA SANIATRIA PROVINCIALE DI CROTONE DELIBERA N. 208 DEL 14.05.2025**PUBBLICAZIONE AMBITI CARENTI PLS TABELLA B 2025****DISTRETTO SANITARIO CROTONE N.2 AMBITI CARENTI DI PLS**

AMBITI VACANTI	INCARICHI VACANTI	SCELTA
Comune di Strongoli, in esecuzione della procedura di mobilità intraziendale con scelta operata dal Dott. Vittorio Pisani, Medico Pediatra in Convenzione, con studio già nel Comune di Strongoli, trasferitosi nel Comune di Crotone;	1	
Comune di Crucoli Torretta, con possibilità di apertura di studio medico anche nel Comune di Verzino;	1	
TOTALE	2	

DATA_____

FIRMA_____

Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Pediatri di Libera Scelta del 25 luglio 2024

Allegato I

DICHIARAZIONE INFORMATIVA
(dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il/La sottoscritto/a Dott. _____ C.F. _____
nato a _____ il _____ residente in _____
Via/Piazza _____ n. _____ indirizzo di
PEC _____, n. tel/cell _____ iscritto
all'Albo dei _____ della Provincia di _____

ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e ss.mm.ii., consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del T.U. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia,

dichiara di

1. ☐ essere ☐ non essere titolare di incarico: ☐ a tempo indeterminato ☐ provvisorio ☐ di sostituzione di pediatria di libera scelta ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale PLS con massimale di n. _____ scelte e con n. _____ scelte in carico con riferimento al riepilogo mensile del mese di _____ presso l'Azienda _____
Periodo: dal _____
2. ☐ essere ☐ non essere titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incarico o supplente, presso soggetti pubblici o privati (1):
Soggetto _____ ore settimanali _____
Via _____ Comune di _____
Tipo di rapporto di lavoro _____
Periodo: dal _____
3. ☐ essere ☐ non essere titolare di incarico: ☐ di sostituzione ☐ provvisorio ☐ a tempo indeterminato di medico del ruolo unico di assistenza primaria ☐ a ciclo di scelta (ex assistenza primaria) ☐ ad attività oraria (ex continuità assistenziale) convenzionato, ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale e con massimale di n. _____ scelte
Periodo: dal _____
4. ☐ essere ☐ non essere titolare di incarico di medico di emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato/a tempo determinato, nella Regione _____ o in altra Regione (1):
Regione _____ A.S.L. _____ ore settimanali _____
in forma attiva-in forma di disponibilità
Periodo: dal _____
5. ☐ essere ☐ non essere proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N. ai sensi del

D.P.R., n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'articolo 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

6. ☐ esercitare ☐ non esercitare attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale o sia titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale; in caso affermativo specificare le attività

7. ☐ svolgere ☐ non svolgere attività di medico specialista ambulatoriale accreditato con il SSN (1); in caso affermativo specificare le attività:

Azienda _____ Provincia _____ branca _____

Periodo: dal _____

8. ☐ essere ☐ non essere titolare di incarico a tempo indeterminato/a tempo determinato di specialista ambulatoriale interno, veterinario ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) (in caso affermativo specificare di seguito) (1):

A.S.L. _____ branca _____ ore sett. _____

A.S.L. _____ branca _____ ore sett. _____

A.S.L. _____ branca _____ ore sett. _____

Periodo: dal _____

9. ☐ svolgere ☐ non svolgere funzioni fiscali per conto della Azienda o dell'INPS limitatamente all'ambito territoriale di scelta (1):

A.S.L. _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

10. ☐ di fruire ☐ non fruire del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

11. ☐ operare ☐ non operare a qualsiasi titolo in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il SSN. È consentito esclusivamente lo svolgimento di attività istituzionale di cui all'ACN PLS e secondo modalità definite a livello regionale (1):

Organismo _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Tipo di attività _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Periodo: dal _____

12. ☐ intrattenere ☐ non intrattenere con una Azienda un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 15-octies del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni (1):

Azienda _____ tipo rapporto di lavoro:

Periodo dal _____

13. ☐ essere ☐ non essere iscritto sia iscritto al:

☐ corso di formazione specifica in medicina generale presso la Regione _____ -
triennio 20____/20____ - anno di frequenza _____

☐ corso di specializzazione in _____ presso l'Università di
_____ - anno di frequenza _____

di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999, n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;

14. non fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei pediatri che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM o che fruiscano dell'Anticipazione della Prestazione Previdenziale – APP – di cui all'Allegato 5 dell'ACN PLS 28/04/2022 e successivo 25/07/2024.

15. ☐ svolgere ☐ non svolgere funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e ss.mm.ii. (1):

Azienda _____ ore sett. _____

Via _____ Comune di _____

Periodo: dal _____

16. ☐ avere/ ☐ non avere subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'art. 30 dell'Accordo Collettivo Nazionale 15/12/2005 e ss.mm.ii. o dall'art. 24 dell'Accordo Collettivo Nazionale 28/04/2022 e successivo 25/07/2024. In caso affermativo indicare la tipologia di sanzione, l'Azienda che ha irrogato la sanzione, gli estremi del provvedimento, la data e la durata della sanzione:

17. ☐ essere / ☐ non essere soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri. In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, l'Ordine dei Medici, la data e la durata (in caso di sospensione/ cancellazione dall'Albo):

18. ☐ avere / ☐ non avere riportato condanne penali e di ☐ avere / ☐ non avere procedimenti penali pendenti; in caso affermativo, specificare le condanne riportate, anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale e specificare i carichi pendenti:

NOTE: _____

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

In fede

data _____ firma _____ (2)

☐ Si allega fotocopia fronte/retro di documento di identità

☐ Firma apposta alla presenza di: _____

- (1) completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non sia sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce “NOTE”
(2) la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se corredata di fotocopia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità, ai sensi dell’art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii., o se viene resa con firma digitale ai sensi della normativa vigente.