

INDICAZIONI OPERATIVE
PER LA RICHIESTA DI RILASCIO DELLA CERTIFICAZIONE REGIONALE
IN ATTUAZIONE DEL DM 4/6/2015

PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

L'istanza dovrà essere redatta in carta semplice (fac simile – 1) e dovrà pervenire entro e non oltre il 16 gennaio 2017 (se festivo il termine è prorogato al primo giorno feriale utile).

L'istanza potrà essere spedita:

1. a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento al seguente indirizzo: Regione Toscana – Direzione Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale – Settore Organizzazione delle cure e percorsi di cronicità, via Alderotti 26N, 50139 Firenze, indicando sulla busta l'oggetto della procedura: "Istanza rilascio certificazione dell'esperienza professionale nel campo delle cure palliative – DM 4/6/2015".

Dovrà essere inoltre obbligatoriamente allegata la fotocopia (fronte e retro) di un documento di identità valido (art. 38 DPR 445/2000);

2. a mezzo posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo: postacert@regionetoscana.it utilizzabile esclusivamente per i possessori di casella di posta elettronica certificata indicando nell'oggetto: "Istanza rilascio certificazione dell'esperienza professionale nel campo delle cure palliative – DM 4/6/2015".

All'invio deve essere inoltre allegata la scansione di un documento (fronte e retro) di identità valido (art. 38 DPR 445/2000).

In caso di invio tramite raccomandata, la data di spedizione dell'istanza è stabilita e comprovata dalla data apposta dall'Ufficio Postale accettante. In caso di invio tramite PEC la data di spedizione dell'istanza è stabilita e comprovata dalla data di spedizione della comunicazione.

Si precisa che l'eventuale riserva di invio successivo di documenti, rispetto all'istanza, è priva di effetto.

DOCUMENTAZIONE

L'istanza deve essere corredata dalla documentazione sotto indicata:

1. Stato di Servizio attuale
2. Stato di Servizio al 1 gennaio 2014
3. Attestazione dell'esperienza professionale in cure palliative di cui al comma 2 dell'art. 1 del DM 4/06/2015

Per l'attestazione dello Stato di Servizio attuale e al 1 gennaio 2014, e per l'attestazione dell'esperienza professionale svolta presso strutture pubbliche, i medici in servizio presso struttura pubblica possono presentare una dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio ai sensi del DPR n. 445/2000 (fac simile - 2).

L'attestazione dello Stato di Servizio attuale e dello Stato di Servizio al 1 gennaio 2014 presso struttura privata accreditata o attraverso enti e organismi del terzo settore, è rilasciata dal Rappresentante Legale della struttura stessa o del suddetto Ente/organizzazione del terzo settore

L'attestazione dell'esperienza professionale in cure palliative di cui al comma 2 dell'art. 1 del DM 4/06/2015, presso struttura privata accreditata o attraverso enti e organismi del terzo settore, è rilasciata dal Rappresentante Legale della struttura stessa o del suddetto Ente/organizzazione del terzo settore il quale indica gli elementi della convenzione (o altro accordo formale) stipulata con l'Azienda Sanitaria di cui specifica il nome, la data della stipula e della scadenza dell'atto,

DURATA DEL PROCEDIMENTO

La Regione entro 90 giorni dal ricevimento dell'istanza adotta l'atto con il quale certifica l'esperienza professionale del medico richiedente, inviando la comunicazione all'indirizzo indicato nell'istanza.

TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003, i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente per le finalità strettamente necessarie e connesse alla presente procedura di rilascio della certificazione ai sensi del decreto 4 giugno 2015 "Individuazione dei criteri per la certificazione della esperienza triennale nel campo delle cure palliative dei medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate, di cui alla legge 27 dicembre 2013 n.147, comma 425", in modo lecito e secondo correttezza e secondo i principi della pertinenza, completezza e non eccedenza rispetto alla finalità sopra indicata, a salvaguardia dei diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs 196/2003.

Per tali finalità l'acquisizione dei dati è necessaria. Il loro mancato conferimento comporterà l'esclusione dalla procedura di certificazione.

I dati stessi non saranno in alcun modo oggetto di diffusione. Essi potranno essere comunicati unicamente ai soggetti pubblici e privati coinvolti nello specifico procedimento, nei casi e per le finalità previste da leggi, regolamenti, normativa comunitaria o Contratti collettivi nazionali di lavoro, al fine di garantire la gestione di tutte le fasi del procedimento stesso.

I dati saranno trattati mediante strumenti cartacei, informatici, telematici e telefonici.

Il Titolare del trattamento dei dati personali di cui alla presente Informativa è la Regione Toscana-Giunta Regionale, con sede in Firenze, Piazza del Duomo, 10 – cap. 50122

La Regione Toscana ha designato quale Responsabile del trattamento dei dati il Dirigente del Settore regionale Organizzazione delle Cure e Percorsi di cronicità - Dir.ne Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale. Responsabile del procedimento è il Responsabile del suddetto Settore Organizzazione delle Cure e Percorsi di cronicità: dott. Lorenzo Roti.

Istanza di rilascio della certificazione ai sensi del DM 4 giugno 2015 "Individuazione dei criteri per la certificazione della esperienza triennale nel campo delle cure palliative dei medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate, di cui alla legge 27 dicembre 2013 n.147, comma 425".

Al Dirigente
del Settore regionale
Organizzazione delle Cure e Percorsi di cronicità
Dir.ne Diritti di Cittadinanza e Coesione
Regione Toscana

La /Il Sottoscritta/o, (Nome e Cognome)

nata/o a (Luogo di nascita) Prov. il

Codice Fiscale

CHIEDE

il rilascio della certificazione ai sensi del DM 4 giugno 2015 "Individuazione dei criteri per la certificazione della esperienza triennale nel campo delle cure palliative dei medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate, di cui alla legge 27 dicembre 2013 n.147, comma 425".

A TAL FINE DICHIARA

ai sensi e per gli effetti previsti dall'art.46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, con valore di dichiarazioni sostitutive di certificazione, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci o produzione di atti falsi:

- di possedere il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito in data presso l'Università degli Studi di ;
- di non essere in possesso di alcuna specializzazione;
oppure
- di possedere il diploma di specializzazione in
....., conseguito in data
(gg/mm/aa) presso l'Università degli Studi di
- di essere iscritto all'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di
.....;
- di essere in possesso dell'esperienza professionale triennale richiesta ai sensi del decreto 4 giugno 2015
- che alla data di entrata in vigore della L. n. 147/2013 (1° gennaio 2014), era in servizio presso:

che è struttura della rete di servizi dedicati alle cure palliative della Regione Toscana

- pubblica
- privata accreditata

Allega :

1.

- stato attuale di servizio rilasciato dal rappresentante legale della struttura/dell'Ente

.....

oppure (solo per i medici in servizio presso aziende sanitarie pubbliche):

- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi del DPR n. 445/2000
(compilare fac simile 2)

2.

- stato di servizio al 1 gennaio 2014 rilasciato dal rappresentante legale della struttura/dell'Ente

.....

oppure (solo per i medici in servizio in tale data presso aziende sanitarie pubbliche):

- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi del DPR n. 445/2000
(compilare fac simile 2)

3.

- attestazione del Direttore Sanitario della struttura pubblica

.....

relativa all'esperienza professionale di cui al comma 2 dell'art. 1 del DM 4/06/2015

oppure (solo per i medici in servizio presso aziende sanitarie pubbliche nel periodo indicato):

- dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi del DPR n. 445/2000¹ (compilare fac simile 2)

oppure

- attestazione del Rappresentante legale della struttura privata o dell'Ente

.....

che l'esperienza professionale di cui al comma 2 dell'art. 1 del DM 4/06/2015 è avvenuta nell'ambito di una convenzione stipulata con l'Asl

4.
 fotocopia documento di identità valido (fronte/retro)

Chiede infine che ogni comunicazione relativa alla presente domanda venga recapitata a:
Nome e Cognome

.....
Via n. Cap
ComuneProvincia
n. telefonico / cellulare
indirizzo mail

Data ___ / ___ / ___
Firma del dichiarante _____
(per esteso e leggibile)

Informativa ai sensi dell'art 13 del D. Lgs 30.6.2003, n. 196
Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003, i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente per le finalità strettamente necessarie e connesse alla presente procedura di rilascio della certificazione ai sensi del decreto 4 giugno 2015 "Individuazione dei criteri per la certificazione della esperienza triennale nel campo delle cure palliative dei medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate, di cui alla legge 27 dicembre 2013 n.147, comma 425", in modo lecito e secondo correttezza e secondo i principi della pertinenza, completezza e non eccedenza rispetto alla finalità sopra indicata, a salvaguardia dei diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs 196/2003. Per tali finalità l'acquisizione dei dati è necessaria. Il loro mancato conferimento comporterà l'esclusione dalla procedura di certificazione.
I dati stessi non saranno in alcun modo oggetto di diffusione. Essi potranno essere comunicati unicamente ai soggetti pubblici e privati coinvolti nello specifico procedimento, nei casi e per le finalità previste da leggi, regolamenti, normativa comunitaria o Contratti collettivi nazionali di lavoro, al fine di garantire la gestione di tutte le fasi del procedimento stesso.
I dati saranno trattati mediante strumenti cartacei, informatici, telematici e telefonici.
Il Titolare del trattamento dei dati personali di cui alla presente Informativa è la Regione Toscana-Giunta Regionale, con sede in Firenze, Piazza del Duomo, 10 – cap. 50122
La Regione Toscana ha designato quale Responsabile del trattamento dei dati il Dirigente del Settore regionale Organizzazione delle Cure e Percorsi di cronicità - Dir.ne Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale. Responsabile del procedimento è il Responsabile del suddetto Settore Organizzazione delle Cure e Percorsi di cronicità: dott. Lorenzo Roti.

Firma per il consenso al trattamento dei dati (per esteso e leggibile)

STATO DI SERVIZIO - ATTIVITA' LAVORATIVA c/o ENTE PUBBLICO

Istanza certificazione della esperienza triennale nel campo delle cure palliative dei medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche - DM 4 giugno 2015

La /Il Sottoscritta/o (Nome e Cognome)

.....

nata/o a (Luogo di nascita) Prov. il

Codice Fiscale

ai sensi e per gli effetti previsti dall'art.46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, con valore di dichiarazioni sostitutive di certificazione, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R.28 dicembre 2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci o produzione di atti falsi:

DICHIARA

di essere attualmente in servizio presso

.....

che, alla data di entrata in vigore della L. n. 147/2013 (1 gennaio 2014) era in servizio presso:

.....

DICHIARA inoltre di essere in possesso dell'esperienza professionale triennale richiesta ai sensi del DM 4 giugno 2015 conseguita presso:

Ente Pubblico:

Sede
(indirizzo):.....

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

Data termine (gg/mm/aaaa)

N° ore settimanali

Durata complessiva:(anni – mesi- giorni)

=====

Ente Pubblico:

Sede
(indirizzo):.....

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

Data termine (gg/mm/aaaa)

N° ore settimanali

Durata complessiva:(anni – mesi- giorni)

=====

Ente Pubblico:

Sede
(indirizzo):.....

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

Data termine (gg/mm/aaaa)

N° ore settimanali

Durata complessiva:(anni – mesi- giorni)

=====

Durata complessiva esperienza lavorativa: (anni – mesi- giorni)
--

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

Data

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