

**AZIENDA SANITARIA DELLA PROVINCIA
AUTONOMA DI BOLZANO**

**COPERTURA DELLE ZONE CARENTI DI
ASSISTENZA PRIMARIA (marzo 2011)**

**BANDO DI CONCORSO PER L'ASSEGNAZIONE
DEI POSTI NELLE ZONE CARENTI PER I
PEDIATRI DI LIBERA SCELTA NEI SEGUENTI
COMPRESORI SANITARI**

SCADENZA ENTRO IL 18 APRILE 2011

**SANITÄTSBETRIEB DER AUTONOMEN
PROVINZ BOZEN**

**BESETZUNG DER GEBIETE MIT
MANGELHAFTER GRUNDVERSORGUNG (März
2011)**

**WETTBEWERB FÜR DIE ZUWEISUNG DER
STELLEN IN DEN GEBIETEN MIT
MANGELHAFTER ÄRZTLICHER GRUNDVER-
SORGUNG FÜR DIE VERTRAGSKINDERÄRZTE
FREIER WAHL IN DEN FOLGENDEN
GESUNDHEITSBEZIRKEN**

**EINREICHETERMIN INNERHALB 18. APRIL
2011**

2. COMPRESORIO SANITARIO BRESSANONE

Il Direttore del Comprensorio Sanitario di Bressanone, con determinazione **del 21.02.2011, n. 42**, ha approvato ai sensi dell'art. 16 del vigente Accordo Provinciale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri, il seguente elenco delle zone carenti **(marzo 2011)**:

2. GESUNDHEITSBEZIRK BRIXEN

Der Direktor des Gesundheitsbezirkes Brixen hat mit Entscheidung **Nr. 42 vom 21.02.2011** das nachstehende Verzeichnis der kinderärztlich unterversorgten Gebiete **(März 2011)**, gemäß Art. 16 des geltenden Landesvertrages für die Kinderärzte freier Wahl, genehmigt:

Distretti Sanitari	Posti vacanti	Gesundheitssprengel	Freie Stellen
Bressanone-circondario: Ambito territoriale: Bressanone, Luson, Varna	1 posto	Brixen-Umgebung: Einzugsgebiet: Brixen, Lüsen, Vahrn	1 Stelle

Per l'assegnazione dei posti nelle predette zone carenti, possono concorrere i pediatri che hanno i requisiti utili ai sensi dell'art. 16, comma 4, lettera a) e b) del vigente Accordo Provinciale.

I moduli per la presentazione delle domande di copertura delle zone carenti possono essere ritirati o chiesti presso la segreteria della Dirigenza amministrativa del territorio del Comprensorio Sanitario di Bressanone, 39042 Bressanone, Via Roma 7, tel. 0472 802703, fax 0472 837450 oppure scaricati dal sito internet del Comprensorio Sanitario di Bressanone (www.as-bressanone.it).

Orario d' apertura:

Dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 12.00.

Il Direttore del Comprensorio Sanitario
Dr. Siegfried Gatscher

Für die Zuweisung der Stellen in den obgenannten unterversorgten Gebieten können sich die Kinderärzte bewerben, die die Voraussetzungen laut Art. 16, Absatz 4, Buchstabe a) und b) des Vertrages auf Landesebene, erfüllen.

Die Vordrucke für die Einreichung der Gesuche für die Besetzung der freien Stellen liegen im Sekretariat der Verwaltungsleitung des Territoriums des Gesundheitsbezirkes Brixen, 39042 Brixen, Romstraße 7, Tel. 0472 802703, Fax 0472 837450 auf, oder können vom Internetportal des Gesundheitsbezirkes Brixen herunter geladen werden (www.sb-brixen.it).

Öffnungszeiten:

Montag bis Freitag von 8.00 bis 12.00 Uhr.

Der Direktor des Gesundheitsbezirkes
Dr. Siegfried Gatscher

1. COMPRESORIO SANITARIO DI BOLZANO**1. GESUNDHEITSBEZIRK BOZEN**

Il Direttore del Comprensorio Sanitario di Bolzano, con determinazione **del 14.03.2011, n. 427**, ha approvato ai sensi dell'art. 16 del vigente Accordo Provinciale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, il seguente elenco delle zone carenti (**marzo 2011**):

Der Direktor des Gesundheitsbezirkes Bozen hat mit Entscheidung **vom 14.03.2011 N. 427** das nachstehende Verzeichnis der kinderärztlich unterversorgten Gebiete (**März 2011**), gemäß Art. 16 des geltenden Landesvertrages für die Kinderärzte freier Wahl, genehmigt:

Distretti Sanitari	Posti vacanti	Gesundheitssprengel	Freie Stellen
Val d'Ega-Sciliar: Ambito territoriale: Nova Ponente/Nova Levante	1 posto	Eggental-Schlern: Einzugsgebiet: Deutschnofen/Welschnofen	1 Stelle
Salto-Val Sarentino-Renon: Ambito territoriale: Meltina/San Genesio	1 posto con l'obbligo di garantire servizio ambulatoriale nei due comuni	Salten-Sarntal-Ritten: Einzugsgebiet: Mölten/Jenesien	1 Stelle mit der Verpflichtung, in beiden Gemeinden Ambulatoriumsdienst zu leisten
Ambito territoriale: Renon	1 posto	Einzugsgebiet: Ritten	1 Stelle
Ambito territoriale: Sarentino	1 posto	Einzugsgebiet: Sarntal	1 Stelle

Per l'assegnazione dei posti nelle predette zone carenti, possono concorrere i pediatri che hanno i requisiti utili ai sensi dell'art. 16, comma 4, lettera a) e b) del vigente Accordo Provinciale.

Für die Zuweisung der Stellen in den obgenannten unterversorgten Gebieten können sich die Kinderärzte bewerben, die die Voraussetzungen laut Art. 16, Absatz 4, Buchstabe a) und b) des Vertrages auf Landesebene, erfüllen.

I moduli per la presentazione delle domande di copertura delle zone carenti possono essere ritirati o chiesti presso la segreteria della ripartizione dei servizi aziendali del Comprensorio Sanitario di Bolzano, 39100 Bolzano, Piazza E.A. Loew Cadonna 12, tel. 0471 907185, fax 0471 907186 oppure scaricati dal sito internet del Comprensorio Sanitario di Bolzano (www.asbz.it).

Die Vordrucke für die Einreichung der Gesuche für die Besetzung der freien Stellen liegen im Sekretariat der Abteilung Betriebliche Dienste des Gesundheitsbezirkes Bozen, W.A.-Loew-Cadonna-Platz 12, 39100 Bozen, Tel. 0471 907185, Fax 0471 907186 auf, oder können vom Internetportal des Gesundheitsbezirkes Bozen herunter geladen werden (www.sbbz.it).

Orario d' apertura:

Dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 12.30.

Öffnungszeiten:

Montag bis Freitag von 8.30 bis 12.30 Uhr.

Il Direttore del Comprensorio Sanitario
Dr. Umberto Tait

Der Direktor des Gesundheitsbezirkes
Dr. Umberto Tait

3. COMPENSORIO SANITARIO DI BRUNICO

3. GESUNDHEITSBEZIRK BRUNECK

Il Direttore del Compensorio Sanitario di Brunico, con determinazione **del 09.03.2011, n. 68**, ha approvato, ai sensi dell'art. 16 del vigente Accordo a livello provinciale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, il seguente elenco delle zone carenti (**marzo 2011**):

Der Direktor des Gesundheitsbezirkes Bruneck hat mit Entscheidung **Nr. 68 vom 09.03.2011** das nachstehende Verzeichnis der kinderärztlich unterversorgten Gebiete (**März 2011**), gemäß Art. 16 des geltenden Vertrages auf Landesebene für die Regelung der Beziehungen mit den Kinderärzten freier Wahl, genehmigt:

Distretti Sanitari	Posti vacanti	Gesundheitssprengel	Freie Stellen
Valle di Tures-Aurina: Ambito territoriale: Valle Aurina, Predoi, Selva dei Molini e Campo Tures	2 posti	Tauferer-Ahrntal: Einzugsgebiet: Ahrntal, Prettau, Mühlwald und Sand in Taufers	2 Stellen
Val Badia: Ambito territoriale: Marebbe, San Martino in Badia, La Valle, Badia e Corvara	1 posto	Gadertal: Einzugsgebiet: Enneberg, St. Martin in Thurn, Wengen, Abtei und Kurfar	1 Stelle

Per l'assegnazione dei posti nelle predette zone carenti, possono concorrere i pediatri che hanno i requisiti utili ai sensi dell'art. 16, comma 4, lettera a) e b) del vigente Accordo Provinciale.

Für die Zuweisung der Stellen in den obgenannten unterversorgten Gebieten können sich die Kinderärzte bewerben, die die Voraussetzungen laut Art. 16, Absatz 4, Buchstabe a) und b) des Vertrages auf Landesebene erfüllen.

I moduli per la presentazione delle domande di copertura delle zone carenti possono essere ritirati o chiesti presso la segreteria della ripartizione prestazioni del Compensorio Sanitario di Brunico, 39031 Brunico, Vicolo dei Frati 3, tel. 0474 586502, fax 0474 586501 oppure scaricati dal sito internet del Compensorio Sanitario di Brunico (www.as-brunico.it).

Die Vordrucke für die Einreichung der Gesuche für die Besetzung der freien Stellen liegen im Sekretariat der Leistungsabteilung des Gesundheitsbezirkes Bruneck, Paternsteig 3, 39031 Bruneck, Tel. 0474 586502, Fax 0474 586501 auf, oder können vom Internetportal des Gesundheitsbezirkes Bruneck herunter geladen werden (www.sb-bruneck.it).

Orario d'apertura:

Dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 12.45 e lunedì dalle ore 14.30 alle ore 16.30.

Öffnungszeiten:

Montag bis Freitag von 8.00 bis 12.45 Uhr und Montag von 14.30 bis 16.30 Uhr.

Il direttore del Compensorio Sanitario
Dr. Walter Amhof

Der Direktor des Gesundheitsbezirkes
Dr. Walter Amhof

**BEWERBUNG FÜR DIE BESETZUNG DER GEBIETE MIT MANGELHAFTER
GRUNDVERSORGUNG FÜR KINDERÄRZTE FREIER WAHL**

Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen
Gesundheitsbezirk Brixen
Verwaltungsleitung des Territoriums
Romstraße 7
39042 Brixen

Die / Der unterfertigte Dr. _____

geboren in _____ Prov. _____ am _____

M W

Steuernummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wohnsitz Gemeinde

--	--	--	--	--

(Postleitzahl)

_____ Prov. _____

Straße _____ Nr. _____ Tel. _____

ERSUCHT

im Sinne des Landesvertrages für die Vertragskinderärzte um die Erteilung eines Auftrages als Kinderarzt in einem der folgenden unterversorgten Gebiete des Gesundheitsbezirkes Brixen:

Sie/er erklärt gemäß Artikel 46 und 47 des D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000 unter eigener Verantwortung und im Bewusstsein der vorgesehenen Strafen, die im Falle von falschen Erklärungen gegen sie/ihn laut Art. 76 des D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000 angewandt werden, Folgendes:

- im Besitze der Facharztausbildung in Kinderheilkunde oder im Sinne der geltenden Bestimmungen gleichwertigen Fächern zu sein;
- im Berufsregister der Ärztekammer von _____ eingetragen zu sein;
- im Besitze des Nachweises der Kenntnis der deutschen und italienischen Sprache gemäß D.P.R. Nr. 752 vom 26.07.1976 für die höhere Laufbahn („A“), erworben am _____ , zu sein;
- in der Provinz Brixen seit dem _____ ansässig zu sein;
- in der Gemeinde _____ seit dem _____ ansässig zu sein;
- im Besitze folgender akademischer und Studientitel zu sein:
 - a) Facharztausbildung in Kinderheilkunde oder im Sinne der geltenden Bestimmungen gleichwertigen Fächern:
erlangt am _____ an der Universität von _____
 - b) freie Dozenturen in Kinderheilkunde oder im Sinne der geltenden Bestimmungen gleichwertigen Fächern:
erlangt am _____ an der Universität von _____
 - c) Facharztausbildungen in im Sinne der geltenden Bestimmungen zur Kinderheilkunde verwandten Fächern:
erlangt am _____ an der Universität von _____
 - d) freie Dozenturen in im Sinne der geltenden Bestimmungen zur Kinderheilkunde verwandten Fächern:

- erlangt am _____ an der Universität von _____
- e) Facharztausbildungen oder freie Dozenturen in im Sinne der geltenden Bestimmungen anderen Fächern als jenen gemäß Buchstaben a) und b):
erlangt am _____ an der Universität von _____
- f) Befähigungsausbildung im Sinne des Gesetzes Nr. 148 vom 18. April 1975:
erlangt am _____ an der Universität von _____
- g) Von der Provinz anerkannter Titel als Ausbildungs-Moderator oder ausgestellt von Einrichtungen, die vom Gesundheitsministerium oder von der Provinz akkreditiert worden sind:
erlangt am _____ seitens _____

Die/der Unterfertigte erklärt außerdem, die beiliegende Informationserklärung, welche laut **Anhang G** des Vertrages auf Landesebene für die Regelung der Beziehungen mit den Kinderärzten freier Wahl vorgesehen ist, sorgfältig in all ihren Teilen ausgefüllt zu haben.

Anlagen:

- Erklärung laut Art. 16, Absatz 7, des Vertrages auf Landesebene für die Regelung der Beziehungen mit den Kinderärzten freier Wahl (Anhang G);
- Erklärung der Dienstitel (Anhang A);
- _____ (Anzahl) Dokumente über die erworbenen Titel, die für die Erstellung der Rangordnung nützlich sein können;
- _____

Er/Sie ersucht eventuelle Mitteilungen an folgende Adresse zu schicken:

c/o _____ Gemeinde _____ Prov. _____

Straße _____ Nr. _____ Postleitzahl

--	--	--	--	--

E-Mail _____

Ort und Datum

Unterschrift

Unterschrift im Beisein der/des Beamtin/Beamten

Die Erklärung kann, zusammen mit einer Fotokopie eines Erkennungsdokumentes, unterschrieben eingereicht werden.

WICHTIGE HINWEISE

- Die Dokumente, die die erklärten Titel nachweisen, müssen im Sinne der geltenden gesetzlichen Bestimmungen in Original oder beglaubigter Abschrift abgefasst sein und dem Gesetz über die Stempelgebühren entsprechen.
- Die beigelegten Dokumente müssen eine Bewertung zulassen. Dokumente, aus denen keine Bewertungsdaten hervorgehen, oder obwohl vom Arzt angeführt, nicht aufscheinen, werden nicht berücksichtigt.
- Um die Kontrollen über den Wahrheitsgehalt der Ersatzurkunden des Notorietätsaktes zu beschleunigen, kann der Arzt eine Abschrift, auch nicht beglaubigt, der Dienstklärungen übermitteln.

INFORMATIONSERKLÄRUNG
DICHIARAZIONE INFORMATIVA

ANHANG G (Art. 5 und 16)

ALLEGATO G (artt. 5 e 16)

Gesundheitsbezirk Brixen
Verwaltungsleitung des Territoriums
Romstraße 7
39042 Brixen

Compensorio Sanitario di Bressanone
Dirigenza Amministrativa del Territorio
Via Roma 7
39042 Bressanone

**Ersatzerklärung laut Art. 46 und 47 des
D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000**

**Autocertificazione ai sensi degli artt. 46 e 47
del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000**

Der/Die Unterfertigte _____

Il/La sottoscritto/a _____

geb. in _____ am _____

nato/a a _____

wohnhaft in _____

residente in _____

Straße _____

Via _____

Nr. _____

n. _____

Steuernummer _____

Codice fiscale _____

eingeschrieben bei der Ärzte- und Zahnärztekammer der Provinz _____
unter Nr. _____

iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di _____
al n. _____

e r k l ä r t

d i c h i a r a

im Sinne der Art. 46 und 47 des D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000 sich über die strafrechtliche Verantwortung laut Art. 76 des D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000 im Falle von unwahren Erklärungen und Gebrauch von falschen Akten im Klaren,

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, consapevole della responsabilità per le false dichiarazioni, la falsità negli atti o l'uso di atti falsi ai sensi dell'art. 76 dello stesso decreto, di

1) Inhaber/in eines Dienstverhältnisses auf Vollzeit, auf Teilzeit, auf bestimmte Zeit, auch als provisorisch Beauftragte/r oder als Ersatz bei öffentlichen oder privaten Subjekten **zu sein – nicht zu sein** (1) (2):

1) **essere – non essere** (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):

Subjekt _____
Wochenstunden _____
Straße _____
Gemeinde _____
Art des Arbeitsverhältnisses _____

Soggetto _____
Ore settimanali _____
Via _____
Comune _____
Tipo di rapporto di lavoro _____

Zeitraum: ab _____

Periodo: dal _____

2) Inhaber/in eines Auftrages als Arzt für Allgemeinmedizin mit einer Höchstgrenze von Nr. _____ an Arztwahlen **zu sein – nicht zu sein** (1).

2) **essere – non essere** (1) titolare di incarico come medico di medicina generale con massimale di n. _____ scelte.

Zeitraum: ab _____

Periodo: dal _____

- 3) Inhaber/in eines Auftrages auf unbestimmte oder auf bestimmte Zeit als interner vertragsgebundener Ambulatoriumsfacharzt in von der Kinderheilkunde verschiedenen Fachbereichen **zu sein – nicht zu sein** (1) (2):
 Bezirk/Betrieb _____
 Fach _____
 Wochenstunden _____
 Bezirk/Betrieb _____
 Fach _____
 Wochenstunden _____
- 4) In die Verzeichnisse der außenkonventionierten Fachärzte **eingetragen – nicht eingetragen zu sein** (1) (2):
 Provinz _____
 Fach _____
 Zeitraum: ab _____
- 5) Ein eigenes Vertragsverhältnis im Sinne von Art. 8-quinquies des Legislativdekretes Nr. 502/1992 in geltender Fassung **eingegangen – nicht eingegangen zu sein** (1):
 Bezirk/Betrieb _____
 Straße _____
 Art der Tätigkeit _____
 Zeitraum: ab _____
- 6) Inhaber/in eines Auftrages für den ärztlichen Bereitschaftsdienst, für die Betreuungskontinuität oder für die Notfallmedizin auf dem Territorium auf unbestimmte Zeit oder befristet in der Provinz _____ oder in einer anderen Region **zu sein – nicht zu sein** (1) (2):
 Region _____
 Bezirk/Betrieb _____
 Wochenstunden _____
in aktiver Form – in Form der Erreichbarkeit (1).
- 7) Unter jedwedem Titel in konventionierten privaten Einrichtungen, Anstalten oder Institutionen **tätig zu sein – nicht tätig zu sein** (1) (2):
 Einrichtung _____
 Wochenstunden _____
 Straße _____
 Gemeinde _____
 Art der Tätigkeit _____
 Art des Arbeitsverhältnisses _____
 Zeitraum: ab _____
- 8) Unter jedwedem Titel in nicht konventionierten oder nicht akkreditierten und der Ermächtigung im Sinne des Art. 43 des Gesetzes 833/1978 unterworfenen privaten Einrichtungen, Anstalten und Institutionen **tätig zu sein – nicht tätig zu sein** (1) (2):
 Einrichtung _____
 Wochenstunden _____
 Straße _____
 Gemeinde _____
 Art der Tätigkeit _____
 Art des Arbeitsverhältnisses _____
 Zeitraum: ab _____
- 3) **essere – non essere** (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno in branche diverse dalla pediatria (2):
 Comprensorio/Azienda _____
 Brancha _____
 Ore settimanali _____
 Comprensorio/Azienda _____
 Brancha _____
 Ore settimanali _____
- 4) **essere – non essere** (1) iscritto/a negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni (2):
 Provincia _____
 Brancha _____
 Periodo: dal _____
- 5) **avere – non avere** (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8-quinquies, decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni:
 Comprensorio/Azienda _____
 Via _____
 Tipo di attività _____
 Periodo: dal _____
- 6) **essere – non essere** (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato, nella Provincia _____ o in altra Regione (2):
 Regione _____
 Comprensorio/Azienda _____
 Ore settimanali _____
in forma attiva – in forma di disponibilità (1).
- 7) **operare – non operare** (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate (2):
 Struttura _____
 Ore settimanali _____
 Via _____
 Comune _____
 Tipo di attività _____
 Tipo di rapporto di lavoro _____
 Periodo: dal _____
- 8) **operare – non operare** (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 legge 833/1978 (2):
 Struttura _____
 Ore settimanali _____
 Via _____
 Comune _____
 Tipo di attività _____
 Tipo di rapporto di lavoro _____
 Periodo: dal _____

- 9) Die Funktionen eines Fabriksarztes oder eines zuständigen Arztes im Sinne des Gesetzes 626/1994 **auszuüben – nicht auszuüben** (1) (2):
 Bezirk/Betrieb _____
 Wochenstunden _____
 Straße _____
 Gemeinde _____
 Zeitraum: ab _____
- 9) **svolgere – non svolgere** (1) funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della legge 626/1994 (2):
 Comprensorio/Azienda _____
 Ore settimanali _____
 Via _____
 Comune _____
 Periodo: dal _____
- 10) Für das N.I.S.F. oder den Bezirk, bei dem er/sie eingeschrieben ist, im Gebiet, in welchem er/sie Arztwahlen erhalten kann, kontrollärztliche Tätigkeiten **durchzuführen – nicht durchführen** (1) (2):
 Bezirk _____
 Gemeinde _____
 Zeitraum: ab _____
- 10) **svolgere – non svolgere** (1) per conto dell'I.N.P.S. o del Comprensorio di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte (2):
 Comprensorio _____
 Comune _____
 Periodo: dal _____
- 11) Die ordentliche Behandlung oder die Behandlung wegen permanenter Invalidität von Seiten des zuständigen Fürsorgefonds gemäß Dekret des Ministeriums für Arbeit und Sozialfürsorge vom 14. Oktober 1976 **zu beziehen – nicht zu beziehen** (1):
 Zeitraum: ab _____
- 11) **fruire – non fruire** (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14. ottobre 1976 del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:
 Periodo: dal _____
- 12) Andere Tätigkeiten außer den oben angeführten bei öffentlichen oder privaten Subjekten **abzuwickeln – nicht abzuwickeln** (1) (es ist jedwede Tätigkeit anzugeben, die in den vorhergehenden Punkten nicht enthalten ist; im negativen Fall ist „keine“ hinzuschreiben):

 Zeitraum: ab _____
- 12) **svolgere – non svolgere** (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere "nessuna"):

 Periodo: dal _____
- 13) Unter jedwedem Titel zugunsten jedwedem öffentlichen Subjekt (nicht zu berücksichtigen ist all das, was hinsichtlich der Dienstverhältnisse unter den Nummern 1, 2, 3 oder unter den Nummern 4, 5, 6 über Vertragsverhältnisse zu erklären ist) **tätig zu sein – nicht zu sein** (1):
 Öffentliches Subjekt _____
 Straße _____
 Gemeinde _____
 Art der Tätigkeit _____
 Art des Arbeitsverhältnisses _____
 Zeitraum: ab _____
- 13) **operare – non operare** (1) a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi soggetto pubblico (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai numeri 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai numeri 4, 5, 6):
 Soggetto pubblico _____
 Via _____
 Comune _____
 Tipo di attività _____
 Tipo di rapporto di lavoro _____
 Periodo: dal _____
- 14) Nutznießer einer Pensionsbehandlung **zu sein – nicht zu sein** zu Lasten von (1) (2):

 Zeitraum: ab _____
- 14) **essere - non essere** (1) titolare di trattamento di pensione a carico di (2):

 Periodo: dal _____
- 15) Die automatische Angleichung der Behandlung der Entlohnung oder der Pension an die Änderungen der Lebenskosten **zu erhalten – nicht zu erhalten** (1): (2)
- 15) **fruire - non fruire** (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita (2):

Subjekt, welches die Angleichung der Behandlung gewährt _____
Zeitraum: ab _____

soggetto erogante il trattamento di adeguamento _____
Periodo: dal _____

Bemerkungen: _____

Note: _____

Ich erkläre, dass die oben angeführten Informationen der Wahrheit entsprechen.

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Firma del medico

Datum _____

Data _____

Aufklärung im Sinne des Datenschutzgesetzes (Legislativdekret Nr. 196 vom 30.06.2003, in geltender Fassung). Die vom Benutzer angegebenen Daten werden von der Verwaltung auch in digitaler Form verwendet und zwar insofern, dass sie zur Erreichung der institutionellen Zwecke dienen, dies unter Berücksichtigung der Vorschriften laut Legislativdekret Nr. 196/2003, in geltender Fassung. Der Benutzer hat das Recht laut Art. 7 des Legislativdekretes Nr. 196/2003 zu den eigenen Daten Zugang zu haben, deren Berichtigung, Ergänzung und, falls die Voraussetzungen des entsprechenden Gesetzes zutreffen, deren Streichung und Sperrung zu verlangen.

Informativa ai sensi della legge sulla tutela dei dati personali (Decreto legislativo del 30.06.2003, n. 196 e successive modifiche). I dati forniti dall'utente verranno trattati dall'amministrazione, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto del Decreto legislativo 196/2003 e succ. modifiche. All'utente competono i diritti previsti dall'art. 7 del Decreto legislativo n. 196/2003, in particolare il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa in materia, la cancellazione ed il blocco degli stessi.

- (1) Den nicht zutreffenden Teil durchstreichen.
- (2) Die verlangten Informationen angeben; falls die Zeilen nicht ausreichen, die Zeilen am Ende des Blattes unter dem Teil "Bemerkungen" verwenden.

- (1) Cancellare la parte che non interessa.
- (2) Completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce „Note“.

Die vorliegende Erklärung wurde im Sinne des Art. 38 des D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000:
Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, la presente dichiarazione è stata:

A) in meiner Anwesenheit von Herrn/Frau _____ unterzeichnet
sottoscritta in mia presenza dal/la Sig./Sig.ra

identifiziert durch _____
identificata/a mediante

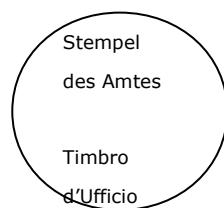
L'impiegato/a _____ Der/die Beamte/Beamtin /

B) versehen mit der Kopie des folgenden gültigen Ausweises vorgelegt oder versandt:
consegnata o inviata per posta unitamente a copia fotostatica del seguente documento di
riconoscimento:

Ident. Karte Reisepass Führerschein andere
Carta d'identità passaporto patenti di guida altri

ausgestellt von _____ am _____
rilasciato da _____ in data _____

L'impiegato/a _____ Der/die Beamte/Beamtin /



ERSATZERKLÄRUNG DES NOTORIETÄTSAKTES
(Art. 47 des D.P.R. Nr. 445 vom 28. Dezember 2000)

Die / Der unterfertigte Dr. _____

geboren in _____ Prov. _____ am _____

ERKLÄRT

gemäß Art. 47 des D.P.R. Nr. 445 vom 28. Dezember 2000, in Kenntnis der strafrechtlichen Verantwortung für falsche Erklärungen, Fälschung in den Akten oder Gebrauch von gefälschten Akten, laut Art. 76 des D.P.R. Nr. 445 vom 28. Dezember 2000, im Besitz folgender Dienstitel (Anhang A des Vertrages auf Landesebene für die Regelung der Beziehungen mit den Kinderärzten freier Wahl) zu sein:

- a) Tätigkeit als vertragsgebundener Kinderarzt freier Wahl im Sinne von Artikel 48 des Gesetzes Nr. 833/1978 und des Artikels 8, Absatz 1, des Legislativdekrets Nr. 502/1992 in geltender Fassung sowie im Sinne des Artikels 7-bis des Landesgesetzes vom 26. August 1993, Nr. 14, in geltender Fassung, einschließlich jener die als Mitglied einer Ärztegemeinschaft oder als vertretender Kinderarzt (auch für gewerkschaftliche Tätigkeit) abgewickelt wurde:
G.B. von bis
G.B. von bis
G.B. von bis
G.B. von bis
G.B. von bis

- b) effektiv geleisteter Dienst mit unbefristeter Beauftragung in der Medizin der Dienste oder, auch als Vertretung, in den ärztlichen Bereitschaftsdiensten und in der Betreuungskontinuität oder im Dienst für Notfallmedizin auf dem Territorium, abgewickelt in aktiver Form:
G.B. von bis
G.B. von bis
G.B. von bis
G.B. von bis
G.B. von bis

- c) ärztliche Tätigkeit in den Diensten für saisonale Betreuung in den Touristengebieten, die von den Regionen, Provinzen, Betrieben oder Bezirken organisiert werden:
G.B. von bis
G.B. von bis
G.B. von bis
G.B. von bis
G.B. von bis

- d) Militärdienst (oder Zivilersatzdienst) nach dem Erwerb des Doktorates in Medizin:
von bis

- e) Tätigkeit als Kinderfacharzt im Ausland im Sinne des Gesetzes vom 10. Juli 1960, Nr. 735, in geltender Fassung, und des Ministerialdekrets vom 1. September 1988, Nr. 430:
von bis in
von bis in
von bis in

von bis in

von bis in

- f) Tätigkeit als Kinderarzt, die bei nicht ausdrücklich in den vorhergehenden Buchstaben genannten öffentlichen Sanitätseinrichtungen abgewickelt wurde:

von bis in

von bis in

von bis in

von bis in

von bis in

Ort und Datum

Unterschrift

Unterschrift im Beisein der/des Beamtin/Beamten

Die Erklärung kann, zusammen mit einer Fotokopie eines Erkennungsdokumentes, unterschrieben eingereicht werden.

- conseguita _____ presso l'università di _____
il _____
- c) specializzazioni in discipline affini alla pediatria ai sensi delle vigenti disposizioni:
conseguita _____ presso l'università di _____
il _____
- d) libere docenze in discipline affini alla pediatria ai sensi delle vigenti disposizioni:
conseguita _____ presso l'università di _____
il _____
- e) specializzazioni o libere docenze in discipline diverse da quelle previste alle lettere a) e b):
conseguita _____ presso l'università di _____
il _____
- f) tirocinio abilitante svolto ai sensi della legge n. 148 del 18 aprile 1975 :
conseguita _____ presso l'università di _____
il _____
- g) titolo di animatore di formazione riconosciuto dalla Provincia o rilasciato da soggetti
accreditati dal Ministero della Salute o dalla Provincia:
conseguita _____ presso _____
il _____

La/il sottoscritta/o dichiara inoltre di aver compilato, in modo preciso ed in tutte le sue parti l'allegata dichiarazione informativa, **allegato G**, prevista dall'accordo a livello provinciale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta.

Allegati:

- Dichiarazione informativa di cui all'art. 16, comma 7, dell'accordo provinciale per i pediatri di libera scelta (allegato G);
- Dichiarazione dei titoli di servizio (allegato A);
- n. ____ documenti relativi ai titoli in suo possesso - valutabili ai fini della graduatoria;
- _____

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

c/o _____ Comune _____ Prov. _____

Via _____ n. _____ CAP

--	--	--	--	--

e-mail _____

Luogo e data

Il dichiarante

Firma apposta in presenza del/la dipendente addetto/a

La dichiarazione può essere spedita o presentata già firmata dal/la dichiarante unitamente a fotocopia di un valido documento di identità.

AVVERTENZE IMPORTANTI

-I documenti comprovanti il possesso dei titoli dichiarati devono essere in originale o copia autentica, in regola con le norme sull'imposta di bollo, secondo le disposizioni di legge vigenti.

-La documentazione allegata deve essere tale da poterne consentire la valutazione, non si terrà conto di documentazione dalla quale non è possibile dedurre i dati di valutazione o di dichiarazioni del medico senza gli allegati necessari.

-Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità della dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio, il medico può trasmettere una copia fotostatica, anche non autenticata, dei certificati di servizio.

INFORMATIONSERKLÄRUNG
DICHIARAZIONE INFORMATIVA

ANHANG G (Art. 5 und 16)

ALLEGATO G (artt. 5 e 16)

Gesundheitsbezirk Brixen
Verwaltungsleitung des Territoriums
Romstaße 7
39042 Brixen

Comprensorio Sanitario di Bressanone
Dirigenza Amministrativa del Territorio
Via Roma 7
39042 Bressanone

**Ersatzerklärung laut Art. 46 und 47 des
D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000**

**Autocertificazione ai sensi degli artt. 46 e 47
del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000**

Der/Die Unterfertigte _____

Il/La sottoscritto/a _____

geb. in _____ am _____

nato/a a _____

wohnhaft in _____

residente in _____

Straße _____

Via _____

Nr. _____

n. _____

Steuernummer _____

Codice fiscale _____

eingeschrieben bei der Ärzte- und Zahnärztekammer der Provinz _____
unter Nr. _____

iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di _____
al n. _____

e r k l ä r t

d i c h i a r a

im Sinne der Art. 46 und 47 des D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000 sich über die strafrechtliche Verantwortung laut Art. 76 des D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000 im Falle von unwahren Erklärungen und Gebrauch von falschen Akten im Klaren,

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, consapevole della responsabilità per le false dichiarazioni, la falsità negli atti o l'uso di atti falsi ai sensi dell'art. 76 dello stesso decreto, di

1) Inhaber/in eines Dienstverhältnisses auf Vollzeit, auf Teilzeit, auf bestimmte Zeit, auch als provisorisch Beauftragte/r oder als Ersatz bei öffentlichen oder privaten Subjekten **zu sein – nicht zu sein** (1) (2):

1) **essere – non essere** (1) titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente, presso soggetti pubblici o privati (2):

Subjekt _____
Wochenstunden _____
Straße _____
Gemeinde _____
Art des Arbeitsverhältnisses _____

Soggetto _____
Ore settimanali _____
Via _____
Comune _____
Tipo di rapporto di lavoro _____

Zeitraum: ab _____

Periodo: dal _____

2) Inhaber/in eines Auftrages als Arzt für Allgemeinmedizin mit einer Höchstgrenze von Nr. _____ an Arztwahlen **zu sein – nicht zu sein** (1).

2) **essere – non essere** (1) titolare di incarico come medico di medicina generale con massimale di n. _____ scelte.

Zeitraum: ab _____

Periodo: dal _____

- 3) Inhaber/in eines Auftrages auf unbestimmte oder auf bestimmte Zeit als interner vertragsgebundener Ambulatoriumsfacharzt in von der Kinderheilkunde verschiedenen Fachbereichen **zu sein – nicht zu sein** (1) (2):
 Bezirk/Betrieb _____
 Fach _____
 Wochenstunden _____
 Bezirk/Betrieb _____
 Fach _____
 Wochenstunden _____
- 4) In die Verzeichnisse der außenkonventionierten Fachärzte **eingetragen – nicht eingetragen zu sein** (1) (2):
 Provinz _____
 Fach _____
 Zeitraum: ab _____
- 5) Ein eigenes Vertragsverhältnis im Sinne von Art. 8-quinquies des Legislativdekretes Nr. 502/1992 in geltender Fassung **eingegangen – nicht eingegangen zu sein** (1):
 Bezirk/Betrieb _____
 Straße _____
 Art der Tätigkeit _____
 Zeitraum: ab _____
- 6) Inhaber/in eines Auftrages für den ärztlichen Bereitschaftsdienst, für die Betreuungskontinuität oder für die Notfallmedizin auf dem Territorium auf unbestimmte Zeit oder befristet in der Provinz _____ oder in einer anderen Region **zu sein – nicht zu sein** (1) (2):
 Region _____
 Bezirk/Betrieb _____
 Wochenstunden _____
in aktiver Form – in Form der Erreichbarkeit (1).
- 7) Unter jedwedem Titel in konventionierten privaten Einrichtungen, Anstalten oder Institutionen **tätig zu sein – nicht tätig zu sein** (1) (2):
 Einrichtung _____
 Wochenstunden _____
 Straße _____
 Gemeinde _____
 Art der Tätigkeit _____
 Art des Arbeitsverhältnisses _____
 Zeitraum: ab _____
- 8) Unter jedwedem Titel in nicht konventionierten oder nicht akkreditierten und der Ermächtigung im Sinne des Art. 43 des Gesetzes 833/1978 unterworfenen privaten Einrichtungen, Anstalten und Institutionen **tätig zu sein – nicht tätig zu sein** (1) (2):
 Einrichtung _____
 Wochenstunden _____
 Straße _____
 Gemeinde _____
 Art der Tätigkeit _____
 Art des Arbeitsverhältnisses _____
 Zeitraum: ab _____
- 3) **essere – non essere** (1) titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno in branche diverse dalla pediatria (2):
 Comprensorio/Azienda _____
 Branca _____
 Ore settimanali _____
 Comprensorio/Azienda _____
 Branca _____
 Ore settimanali _____
- 4) **essere – non essere** (1) iscritto/a negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni (2):
 Provincia _____
 Branca _____
 Periodo: dal _____
- 5) **avere – non avere** (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8-quinquies, decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni:
 Comprensorio/Azienda _____
 Via _____
 Tipo di attività _____
 Periodo: dal _____
- 6) **essere – non essere** (1) titolare di incarico di guardia medica, nella continuità assistenziale o nella emergenza sanitaria territoriale a tempo indeterminato o a tempo determinato, nella Provincia _____ o in altra Regione (2):
 Regione _____
 Comprensorio/Azienda _____
 Ore settimanali _____
in forma attiva – in forma di disponibilità (1).
- 7) **operare – non operare** (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate (2):
 Struttura _____
 Ore settimanali _____
 Via _____
 Comune _____
 Tipo di attività _____
 Tipo di rapporto di lavoro _____
 Periodo: dal _____
- 8) **operare – non operare** (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 43 legge 833/1978 (2):
 Struttura _____
 Ore settimanali _____
 Via _____
 Comune _____
 Tipo di attività _____
 Tipo di rapporto di lavoro _____
 Periodo: dal _____

- 9) Die Funktionen eines Fabriksarztes oder eines zuständigen Arztes im Sinne des Gesetzes 626/1994 **auszuüben – nicht auszuüben** (1) (2):
 Bezirk/Betrieb _____
 Wochenstunden _____
 Straße _____
 Gemeinde _____
 Zeitraum: ab _____
- 9) **svolgere – non svolgere** (1) funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della legge 626/1994 (2):
 Comprensorio/Azienda _____
 Ore settimanali _____
 Via _____
 Comune _____
 Periodo: dal _____
- 10) Für das N.I.S.F. oder den Bezirk, bei dem er/sie eingeschrieben ist, im Gebiet, in welchem er/sie Arztwahlen erhalten kann, kontrollärztliche Tätigkeiten **durchzuführen – nicht durchführen** (1) (2):
 Bezirk _____
 Gemeinde _____
 Zeitraum: ab _____
- 10) **svolgere – non svolgere** (1) per conto dell'I.N.P.S. o del Comprensorio di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito territoriale del quale può acquisire scelte (2):
 Comprensorio _____
 Comune _____
 Periodo: dal _____
- 11) Die ordentliche Behandlung oder die Behandlung wegen permanenter Invalidität von Seiten des zuständigen Fürsorgefonds gemäß Dekret des Ministeriums für Arbeit und Sozialfürsorge vom 14. Oktober 1976 **zu beziehen – nicht zu beziehen** (1):
 Zeitraum: ab _____
- 11) **fruire – non fruire** (1) del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14. ottobre 1976 del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:
 Periodo: dal _____
- 12) Andere Tätigkeiten außer den oben angeführten bei öffentlichen oder privaten Subjekten **abzuwickeln – nicht abzuwickeln** (1) (es ist jedwede Tätigkeit anzugeben, die in den vorhergehenden Punkten nicht enthalten ist; im negativen Fall ist „keine“ hinzuschreiben):

 Zeitraum: ab _____
- 12) **svolgere – non svolgere** (1) altra attività presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti; in caso negativo scrivere "nessuna"):

 Periodo: dal _____
- 13) Unter jedwedem Titel zugunsten jedwedem öffentlichen Subjekt (nicht zu berücksichtigen ist all das, was hinsichtlich der Dienstverhältnisse unter den Nummern 1, 2, 3 oder unter den Nummern 4, 5, 6 über Vertragsverhältnisse zu erklären ist) **tätig zu sein – nicht zu sein** (1):
 Öffentliches Subjekt _____
 Straße _____
 Gemeinde _____
 Art der Tätigkeit _____
 Art des Arbeitsverhältnisses _____
 Zeitraum: ab _____
- 13) **operare – non operare** (1) a qualsiasi titolo a favore di qualsiasi soggetto pubblico (non considerare quanto eventualmente da dichiarare relativamente al rapporto di dipendenza ai numeri 1, 2, 3 o ai rapporti di lavoro convenzionato ai numeri 4, 5, 6):
 Soggetto pubblico _____
 Via _____
 Comune _____
 Tipo di attività _____
 Tipo di rapporto di lavoro _____
 Periodo: dal _____
- 14) Nutznießer einer Pensionsbehandlung **zu sein – nicht zu sein** zu Lasten von (1) (2):

 Zeitraum: ab _____
- 14) **essere - non essere** (1) titolare di trattamento di pensione a carico di (2):

 Periodo: dal _____
- 15) Die automatische Angleichung der Behandlung der Entlohnung oder der Pension an die Änderungen der Lebenskosten **zu erhalten – nicht zu erhalten** (1): (2)
- 15) **fruire - non fruire** (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita (2):

Subjekt, welches die Angleichung der Behandlung gewährt _____
Zeitraum: ab _____

soggetto erogante il trattamento di adeguamento _____
Periodo: dal _____

Bemerkungen: _____

Note: _____

Ich erkläre, dass die oben angeführten Informationen der Wahrheit entsprechen.

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero.

Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Firma del medico

Datum _____

Data _____

Aufklärung im Sinne des Datenschutzgesetzes (Legislativdekret Nr. 196 vom 30.06.2003, in geltender Fassung). Die vom Benutzer angegebenen Daten werden von der Verwaltung auch in digitaler Form verwendet und zwar insofern, dass sie zur Erreichung der institutionellen Zwecke dienen, dies unter Berücksichtigung der Vorschriften laut Legislativdekret Nr. 196/2003, in geltender Fassung. Der Benutzer hat das Recht laut Art. 7 des Legislativdekretes Nr. 196/2003 zu den eigenen Daten Zugang zu haben, deren Berichtigung, Ergänzung und, falls die Voraussetzungen des entsprechenden Gesetzes zutreffen, deren Streichung und Sperrung zu verlangen.

Informativa ai sensi della legge sulla tutela dei dati personali (Decreto legislativo del 30.06.2003, n. 196 e successive modifiche). I dati forniti dall'utente verranno trattati dall'amministrazione, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto del Decreto legislativo 196/2003 e succ. modifiche. All'utente competono i diritti previsti dall'art. 7 del Decreto legislativo n. 196/2003, in particolare il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo i presupposti previsti dalla normativa in materia, la cancellazione ed il blocco degli stessi.

- (1) Den nicht zutreffenden Teil durchstreichen.
- (2) Die verlangten Informationen angeben; falls die Zeilen nicht ausreichen, die Zeilen am Ende des Blattes unter dem Teil "Bemerkungen" verwenden.

- (1) Cancellare la parte che non interessa.
- (2) Completare con le notizie richieste, qualora lo spazio non fosse sufficiente utilizzare quello in calce al foglio alla voce „Note“.

Die vorliegende Erklärung wurde im Sinne des Art. 38 des D.P.R. Nr. 445 vom 28.12.2000:
Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, la presente dichiarazione è stata:

C) in meiner Anwesenheit von Herrn/Frau _____ unterzeichnet
sottoscritta in mia presenza dal/la Sig./Sig.ra

identifiziert durch _____
identificata/a mediante

L'impiegato/a

Der/die Beamte/Beamtin /

D) versehen mit der Kopie des folgenden gültigen Ausweises vorgelegt oder versandt:
consegnata o inviata per posta unitamente a copia fotostatica del seguente documento di
riconoscimento:

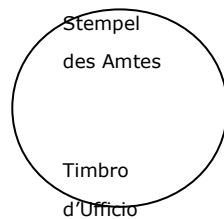
- | | | | | | | | |
|--------------------------|------------------|--------------------------|------------|--------------------------|------------------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | Ident. Karte | <input type="checkbox"/> | Reisepass | <input type="checkbox"/> | Führerschein | <input type="checkbox"/> | andere |
| | Carta d'identità | | passaporto | | patenti di guida | | altri |

ausgestellt von _____
rilasciato da

am _____
in data

L'impiegato/a

Der/die Beamte/Beamtin /



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(resa ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

La/il sottoscritta/o Dr. _____

nata/o a _____ Prov. _____ il _____

D I C H I A R A

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della responsabilità penale per le false dichiarazioni, la falsità negli atti o l'uso di atti falsi ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, di essere in possesso dei seguenti titoli di servizio (allegato A dell'accordo a livello provinciale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta):

- a) attività di specialista pediatra di libera scelta convenzionato ai sensi dell'articolo 48 della legge n. 833/1978, e dell'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 502/1992 e successive modificazioni e dell'articolo 7-bis della legge provinciale 26 agosto 1993, n. 14 e successive modifiche, compresa quella svolta in qualità di associato o di sostituto (anche per attività sindacale):

C.S. dal al
C.S. dal al
C.S. dal al
C.S. dal al
C.S. dal al

- b) servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato nella medicina dei servizi o svolto, anche a titolo di sostituzione, nei servizi di guardia medica e di continuità assistenziale e nell'emergenza sanitaria territoriale, in forma attiva:

C.S. dal al
C.S. dal al
C.S. dal al
C.S. dal al
C.S. dal al

- c) attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni, Province, Aziende o dai Comprensori:

C.S. dal al
C.S. dal al
C.S. dal al
C.S. dal al
C.S. dal al

- d) servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina:

dal al

e) attività di specialista pediatra svolta all'estero ai sensi della legge 10 luglio 1960 n. 735, e successive modificazioni, e del decreto ministeriale 1° settembre 1988, n. 430:

dal al a
dal al a
dal al a
dal al a
dal al a

f) attività di pediatra svolta a qualsiasi titolo presso strutture sanitarie pubbliche non espressamente contemplate nei punti che precedono:

dal al a
dal al a
dal al a
dal al a
dal al a

luogo e data

La/il dichiarante

Firma apposta in presenza del/la dipendente addetto/a

La dichiarazione può essere spedita o presentata già firmata dal dichiarante unitamente a fotocopia di un valido documento di identità.