

**AZIENDA SANITARIA DELLA PROVINCIA
AUTONOMA DI BOLZANO**

**SANITÄTSBETRIEB DER AUTONOMEN
PROVINZ BOZEN**

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

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

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

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

**SCADENZA ENTRO 20 GIORNI DALLA
PRESENTE PUBBLICAZIONE**

**EINREICHETERMIN INNERHALB VON 20
TAGEN AB GEGENSTÄNDLICHER
VERÖFFENTLICHUNG**

COMPRESORIO SANITARIO DI BRUNICO

GESUNDHEITSBEZIRK BRUNECK

Il Direttore del Comprensorio 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
<u>Valle di Tures-Aurina:</u> Ambito territoriale: Valle Aurina, Predoi, Selva dei Molini e Campo Tures	2 posti	<u>Tauferer-Ahrntal:</u> Einzugsgebiet: Ahrntal, Prettau, Mühlwald und Sand in Taufers	2 Stellen
<u>Val Badia:</u> Ambito territoriale: Marebbe, San Martino in Badia, La Valle, Badia e Corvara	1 posto	<u>Gadertal:</u> 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 Comprensorio Sanitario di Brunico, 39031 Brunico, Vicolo dei Frati 3, tel. 0474 586502, fax 0474 586501 oppure scaricati dal sito internet del Comprensorio 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 Comprensorio Sanitario
Dr. Walter Amhof

Der Direktor des Gesundheitsbezirkes
Dr. Walter Amhof

COMPRESORIO SANITARIO DI BOLZANO**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

COMPRESORIO SANITARIO BRESSANONE**GESUNDHEITSBEZIRK BRIXEN**

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**):

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, Lügen, 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.

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 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).

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).

Orario d' apertura:

Dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 12.00.

Il Direttore del Comprensorio Sanitario
Dr. Siegfried Gatscher

Öffnungszeiten:

Montag bis Freitag von 8.00 bis 12.00 Uhr.

Der Direktor des Gesundheitsbezirkes
Dr. Siegfried Gatscher

DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DI POSTI NELLE ZONE CARENTI PER I PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano
Comprensorio Sanitario di Brunico
Ripartizione Prestazioni
Vicolo dei Frati 3
39031 Brunico

La/il sottoscritta/o Dr. _____

nata/o a _____ Prov. _____ il _____

M F

codice fiscale

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

Comune di residenza

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

(CAP)

Prov. _____

Via _____ n. _____ tel. _____

CHIEDE

ai sensi dell'Accordo collettivo provinciale per i pediatri di libera scelta, di concorrere al conferimento di un incarico di pediatra di libera scelta per una delle seguenti zone carenti del Comprensorio Sanitario di Brunico:

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 dichiara:

- di essere in possesso delle specializzazioni in pediatria o discipline equipollenti ai sensi delle vigenti disposizioni;
- di essere iscritto all'Albo Professionale dei Medici Chirurghi della Provincia di _____ ;
- di essere in possesso dell'attestato di bilinguismo di cui al D.P.R. 26.07.1976, n. 752 relativa alla carriera direttiva („A"), conseguito il _____ ;
- di essere residente nella Provincia di Bolzano dal _____ ;
- di essere residente nel Comune di _____ dal _____ ;
- di essere in possesso dei seguenti titoli accademici e di studio:
 - a) specializzazioni in pediatria o discipline equipollenti ai sensi delle vigenti disposizioni:

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

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 Bruneck
Leistungsabteilung
Paternsteig 3
39031 Bruneck

Compensorio Sanitario di Brunico
Ripartizione Prestazioni
Paternsteig 3
39031 Brunico

**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. _____

erklärt

dichiara

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 _____
Zeitraum: ab _____

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

- 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):

Compensorio/Azienda _____

Branca _____

Ore settimanali _____

Compensorio/Azienda _____

Branca _____

Ore settimanali _____

- 4) In die Verzeichnisse der außenkonventionierten Fachärzte **eingetragen – nicht eingetragen zu sein** (1) (2):

Provinz _____

Fach _____

Zeitraum: ab _____

- 4) **essere – non essere** (1) iscritto/a negli elenchi dei medici specialisti convenzionati esterni (2):

Provincia _____

Branca _____

Periodo: dal _____

- 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 _____

- 5) **avere – non avere** (1) un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8-quinquies, decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni:

Compensorio/Azienda _____

Via _____

Tipo di attività _____

Periodo: dal _____

- 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).

- 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 _____

Compensorio/Azienda _____

Ore settimanali _____

in forma attiva – in forma di disponibilità (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 _____

- 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) 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 _____

- 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 _____

Art der Tätigkeit _____

Tipo di attività _____

Art des Arbeitsverhältnisses _____

Tipo di rapporto di lavoro _____

Zeitraum: ab _____

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):

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

Zeitraum: ab _____

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)

Subjekt, welches die Angleichung der Behandlung gewährt _____

Zeitraum: ab _____

15) **fruire - non fruire** (1) del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita (2):

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.

(1) Cancellare la parte che non interessa.

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

(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

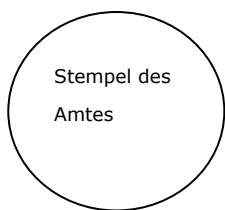
Der/die Beamte/Beamtin / L'impiegato/a

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 _____

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



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 _____

DICHIARA

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.