

**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.

Fac simile 1

**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.	<input type="checkbox"/> stato attuale di servizio rilasciato dal rappresentante legale della struttura/dell'Ente <p style="text-align: center;">.....</p> <p>oppure (solo per i medici in servizio presso aziende sanitarie pubbliche):</p> <input type="checkbox"/> dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi del DPR n. 445/2000 ¹ <i>(compilare fac simile 2)</i>
----	---

2.	<input type="checkbox"/> stato di servizio al 1 gennaio 2014 rilasciato dal rappresentante legale della struttura/dell'Ente
----	---

¹ **valida per i medici in servizio presso aziende sanitarie pubbliche**

.....

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 inel periodo indicato):

dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai s ensi 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)**

Fac simile 2

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)