Allegato B

Indicazioni operative per la richiesta di rilascio della certificazione regionale in attuazione del D.M. 04/06/2015.

1. Destinatari della procedura.

1. Possono presentare istanza per il rilascio della certificazione dell'esperienza triennale nel campo delle cure palliative:

a) i medici privi di specializzazione ovvero in possesso di una specializzazione diversa da quella in Cure Palliative e/o discipline equipollenti quali Ematologia, Geriatria, Malattie Infettive, Medicina Interna, Neurologia, Oncologia, Pediatria, Radioterapia e Anestesiologia e Rianimazione;

b) i medici che alla data del 01.01.2014, data di entrata in vigore della legge 27 dicembre 2013, n. 147, erano in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate ovvero presso enti e organizzazioni del terzo settore, con sede legale e operatività sul territorio regionale, i cui fini statutari comprendono l'espletamento di funzioni assistenziali o di supporto in cure palliative, che abbiano instaurato rapporti istituzionali (tramite convenzioni, o accordi formali) con le Aziende Sanitarie regionali per l'espletamento di funzioni assistenziali o di supporto in cure palliative nei vari ambiti assistenziali;

c) i medici che alla data del 01.01.2014, data di entrata in vigore della L. 147/2013, abbiano svolto attività nel campo delle cure palliative per almeno tre anni, anche non continuativi, presso le strutture individuate al punto 1 lett. b); a tal riguardo, al fine del computo del periodo triennale di esperienza professionale in parola, i medici possono indicare cumulativamente i servizi professionali svolti nelle strutture pubbliche, private accreditate e/o in fase di accreditamento ovvero in enti e organizzazioni del terzo settore;

d) ai sensi dell'articolo 3, comma 4, del D.M. 4 giugno 2015 del Ministero della Salute, i medici in servizio presso enti o strutture che erogano attività assistenziali di cure palliative che abbiano presentato istanza per l'accreditamento istituzionale, quest'ultima documentata attraverso una attestazione del rappresentante legale della struttura o dell'ente.

2. Le condizioni sopra indicate devono tutte sussistere in capo all'interessato al momento della presentazione dell'istanza.

3. I medici che abbiano già in precedenza presentato, tramite posta ordinaria e/o email, domanda per il rilascio della certificazione dell'esperienza triennale nel campo delle cure palliative devono proporre una nuova istanza, in osservanza delle modalità definite nei paragrafi seguenti.

2. Modalità e termini per la presentazione della domanda.

1. Ai sensi dell'art. 2, comma 1), del D.M. 04.06.2015, il medico interessato al rilascio della certificazione dell'esperienza professionale nel campo delle cure palliative deve inoltrare domanda alla regione e/o alla provincia autonoma di riferimento territoriale della struttura pubblica, privata accreditata o che abbia presentato istanza di accreditamento, o dell'ente o organismo del terzo settore presso la quale presta servizio al momento della presentazione della domanda stessa.

2. La domanda, redatta secondo il modello allegato alle presenti indicazioni operative, deve essere presentata, a pena di esclusione, entro e **non oltre il termine del 16.01.2017,** secondo una delle seguenti modalità:

a) raccomandata, con avviso di ricevimento, indirizzata al Dipartimento Promozione della Salute del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti, Sezione Strategia e Governo dell'Offerta, Via Gentile, 52, 70126, Bari, indicando sulla busta la dicitura "domanda per il rilascio della certificazione dell'esperienza professionale in cure palliative". La data di presentazione della domanda è comprovata dal timbro a data apposto dall'ufficio postale accettante;

b) posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo servizio.paos.regione@pec.rupar.puglia.it In tal caso, la domanda e i documenti allegati devono essere firmati digitalmente dall'interessato con firma digitale in corso di validità rilasciata da un certificatore accreditato.
Le istanze presentate tramite PEC devono rispettare le seguenti specifiche tecniche:

- il formato del file allegato deve essere esclusivamente .pdf;
- il file allegato deve avere una dimensione complessiva non superiore ai 10MB;
- l'estensione del file firmato digitalmente deve essere .p7m.

La data di presentazione della domanda è comprovata dalla data e dall'ora indicati nella ricevuta di accettazione rilasciata dal gestore PEC. Il termine ultimo di invio è fissato alle ore 24.00 del giorno di scadenza del presente avviso. Nell'oggetto del messaggio va riportato il seguente testo: "domanda per il rilascio della certificazione dell'esperienza professionale in cure palliative ".

3. Il Dipartimento Promozione della Salute del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti della Regione Puglia non assume alcuna responsabilità per la dispersione di comunicazioni dipendenti da inesatta o illeggibile indicazione del recapito da parte del medico o da mancata oppure tardiva comunicazione del cambiamento d'indirizzo o recapito indicato nella domanda, né per eventuali disguidi postali, telegrafici, del sistema informatico o comunque imputabili a fatto di terzi, a caso fortuito o forza maggiore, né per la mancata restituzione dell'avviso di ricevimento della raccomandata.

3. Criteri per la compilazione della domanda e documentazione pertinente

1. La domanda per il rilascio della certificazione dell'esperienza professionale nell'ambito delle cure palliative è presentata nella forma di dichiarazione sostitutiva di certificazione e dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà. A tal fine, il medico deve dichiarare nella domanda:

a) il proprio nome, cognome, luogo e data di nascita e codice fiscale;

b) il luogo di residenza;

c) di essere in possesso della cittadinanza italiana o di uno degli Stati membri dell'Unione Europea, ovvero cittadinanza di paese non dell'Unione Europea (UE) congiuntamente ad una delle condizioni di seguito indicate: status di familiare di cittadino di Stato membro dell'Unione Europea e titolarità del diritto di soggiorno e/o del diritto di soggiorno permanente; titolarità di permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo; titolarità dello status di rifugiato politico ovvero dello status di protezione sussidiaria;

d) l'indirizzo al quale intende ricevere tutte le comunicazioni inerenti la procedura;

e) di essere in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia, indicando l'Università che lo ha rilasciato, il giorno, il mese e l'anno in cui è stato conseguito;

f) di essere iscritto all'albo professionale dei medici di un ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della Repubblica Italiana;

g) di essere privo di specializzazione ovvero di essere in possesso, a norma del Decreto del Ministero della Salute del 28 marzo 2013, di specializzazione professionale diversa da quella in Cure Palliative e/o discipline equipollenti quali Ematologia, Geriatria, Malattie Infettive, Medicina Interna, Neurologia, Oncologia, Pediatria, Radioterapia e Anestesiologia e Rianimazione, con indicazione della data di conseguimento, del luogo e della denominazione dell'Università presso cui il titolo è stato conseguito;

h) l'esperienza professionale almeno triennale maturata, alla data di entrata in vigore della L. 147/2013, nelle reti dedicate alle cure palliative, con indicazione della denominazione della struttura tra quelle indicate al punto 1 lett. b) e d), della sede, del periodo di tempo in cui il medico ha prestato l'attività lavorativa, della tipologia contrattuale secondo la quale l'attività lavorativa è stata prestata, dell'impegno orario settimanale prestato e della specifica mansione svolta;

i) la struttura in cui il medico presta servizio al momento della presentazione della domanda con indicazione della denominazione della struttura, della sede, della natura pubblica o privata accreditata o in corso di accreditamento, del periodo di servizio professionale prestato, della tipologia del rapporto di lavoro e del ruolo/qualifica rivestita;

l) di avere o non avere presentato analoga domanda per il rilascio della certificazione ad altra regione o provincia autonoma.

2. Il medico deve allegare alla domanda copia fronte retro del proprio documento di identità in corso di validità.

3. Alla domanda deve essere apposta una marca da bollo da euro 16,00.

4. Nel caso in cui la richiesta di rilascio della certificazione pervenga da medici in servizio, alla data di entrata in vigore della legge 27 dicembre 2013, n. 147, presso enti o strutture che erogano attività assistenziali di cure palliative che abbiano presentato istanza per l'accreditamento istituzionale, ovvero enti e organizzazioni del terzo settore, con sede legale e operatività sul territorio regionale, i cui fini statutari comprendono l'espletamento di funzioni assistenziali o di supporto in cure palliative, e che abbiano instaurato convenzioni o accordi formali con le Aziende USL del territorio regionale per l'erogazione delle cure palliative nei vari ambiti assistenziali, l'istanza presentata secondo le modalità indicate ai capoversi precedenti deve essere, altresì, corredata da:

a) stato di servizio rilasciato dal rappresentante legale della struttura privata che abbia presentato istanza di accreditamento ovvero dell'ente o organismo del terzo settore che abbia instaurato convenzioni o accordi formali con le Aziende USL del territorio regionale per l'erogazione delle cure palliative nei vari ambiti assistenziali riportante il periodo di tempo in cui il medico ha prestato l'attività lavorativa, la tipologia contrattuale secondo la quale l'attività lavorativa è stata prestata, l'impegno orario settimanale prestato e la specifica mansione svolta;

b) attestazione dell'esperienza professionale in cure palliative, di cui al comma 2 dell'art. 1 del D.M. 04/06/2015, rilasciata dal Direttore Sanitario della struttura privata che abbia presentato istanza di accreditamento ovvero dell'ente o organismo del terzo settore che abbia instaurato convenzioni o accordi formali con le Aziende USL del territorio regionale per l'erogazione delle cure palliative nei vari ambiti assistenziali; l'attestazione deve contenere l'indicazione dell'attività svolta dal medico nel campo delle cure palliative e della struttura interna/servizio/o altra articolazione organizzativa interna presso cui tale attività è stata svolta oltre che l'indicazione della convenzione (o altro accordo formale) stipulata con l'Azienda Sanitaria di cui deve essere specificato il nome, la data della stipula e la scadenza dell'atto.
L'attestazione dell'esperienza professionale rilasciata dal Direttore Sanitario non può formare oggetto di dichiarazione sostitutiva ed è prodotta in originale, copia autenticata o copia semplice con la dichiarazione che trattasi di copia conforme ai sensi degli articoli 19 e 47 del DPR n. 445/2000. A tal fine può essere utilizzato il modello allegato al presente avviso.

5. L'interessato è tenuto a comunicare tempestivamente l'eventuale cambiamento del recapito presso il quale vuole ricevere ogni comunicazione inerente al presente procedimento. Qualora il medico dichiari di voler ricevere ogni comunicazione al proprio indirizzo PEC è tenuto a controllare che lo stesso sia attivo o a indicare tempestivamente eventuale altra modalità di ricezione delle comunicazioni inerenti al presente procedimento.

6. Il Dipartimento Promozione della Salute del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti della Regione Puglia, ai sensi dell'art. 71 del DPR n. 445/2000, procederà in ogni tempo ad effettuare idonei controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese. A tal fine le dichiarazioni devono essere complete delle indicazioni richieste e comunque devono riportare gli elementi utili ad identificare gli enti, le aziende o le strutture pubbliche o private in possesso dei dati o a conoscenza di stati, fatti o qualità personali dichiarate.

7. Il Dipartimento Promozione della Salute del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti della Regione Puglia si riserva, altresì, l'opportunità di richiedere al medico che abbia prestato attività professionale nell'ambito di strutture private accreditate, prive degli accordi di cui all'art. 8 quinques del d.lgs. 502 del 1992, ovvero nell'ambito di strutture che abbiano presentato istanza per l'accreditamento istituzionale o in enti e organizzazioni del terzo settore, con sede legale e operatività sul territorio regionale, che abbiano instaurato convenzioni o accordi formali con le Aziende USL del territorio regionale per l'erogazione delle cure palliative nei vari ambiti assistenziali, la produzione di documentazione comprovante le dichiarazioni rese.

8. Qualora dai controlli emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ferme restando le altre conseguenze previste ai sensi delle disposizioni del D.P.R. n. 445/2000.

4. Precisazioni in ordine all'esperienza professionale

1. L'esperienza professionale utile per l'acquisizione della certificazione di cui al DM 4.6.2015 deve essere maturata nel campo della "rete per le cure palliative" ai sensi di quanto disposto dall'Intesa Rep. n. 151, del 25.7.2012 sancita in Conferenza Permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, intesa come l'aggregazione funzionale ed integrata dei servizi distrettuali e ospedalieri, sanitari e sociali che:

• erogano attività assistenziali di cure palliative nell'ambito territoriale di riferimento in sede ospedaliera, domiciliare e residenziale;

• si occupano di malati oncologici o cronici complessi che abbisognano di cure palliative;

• operano per tali malati con un approccio organizzato in equipe multiprofessionali in cui sia prevista la collaborazione tra specialisti, medici di famiglia, infermieri ed altre professionalità coinvolte nella presa in carico della persona.

2. Ai sensi dell'art. 2, comma 1, della l. 38/2010 (Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore) le cure palliative comprendono l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici.

5. Fase istruttoria e rilascio della certificazione

1. L'istruttoria relativa alle domande presentate è effettuata dal Servizio Risorse Umane ed Aziende Sanitarie del Dipartimento Promozione della Salute del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti della Regione Puglia.

2. Il Dirigente della Sezione Strategia e Governo dell'Offerta del Dipartimento Promozione della Salute del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti della Regione Puglia, con proprio provvedimento, certifica l'esperienza professionale nel campo delle cure palliative.

3. Il termine per il rilascio della certificazione è di 90 giorni dal ricevimento della domanda ai sensi dell'art. 2, comma 3), del D.M. 4.6.2015.

4. Il termine per il rilascio della certificazione può essere sospeso, per una sola volta e per un periodo non superiore a trenta giorni, per l'acquisizione di informazioni, integrazioni documentali e/o certificazioni relative a fatti, stati o qualità

non attestati in documenti già in possesso dell'Amministrazione regionale o non direttamente acquisibili presso altre Amministrazioni.

5. Il provvedimento che certifica l'esperienza professionale o il mancato accoglimento della domanda è comunicato agli interessati a mezzo pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia e sul sito istituzionale della Regione Puglia.

6. Si precisa che non saranno accolte le domande:

a) presentate secondo modalità diverse da quelle indicate nel presente avviso;

b) pervenute **oltre il termine del 16.01.2017**;

c) prive di firma ovvero sottoscritte senza l'osservanza delle disposizioni di cui agli artt. 38, 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000;

d) prive della copia del documento di identità valido (fronte/retro).

7. Non saranno, altresì, accolte le domande carenti dei requisiti, condizioni e presupposti richiesti per la certificazione dell'esperienza professionale previsti dalla normativa di riferimento e dalle presenti indicazioni operative.

6. Disposizioni finali

1. Per tutto quanto non previsto di fa riferimento, in particolare, alla normativa di cui alla l. 38/2010, l. 147/2013, al D.M. 04.06.2015 nonché alle altre disposizioni normative vigenti in materia d cure palliative ivi compresi gli accordi sanciti in sede di Conferenza Stato - Regioni, le norme vigenti in materia di procedimento amministrativo e del D.lgs n. 82/2005 (Codice dell'Amministrazione Digitale).

7. Informativa sul trattamento dei dati personali

1. Ai sensi del D.lgs n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) l'Amministrazione regionale si impegna a rispettare il carattere riservato delle informazioni fornite dal candidato e il trattamento dei dati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, proporzionalità.

2. Il trattamento dei dati forniti è diretto esclusivamente all'espletamento, da parte di questa Amministrazione, degli adempimenti connessi, strumentali e conseguenti al procedimento di rilascio della certificazione di cui al DM 4.6.2015.

3. Tali dati potranno essere comunicati alle unità interessate al rilascio della certificazione.

4. Il conferimento dei dati da parte dei soggetti istanti è necessario per svolgere le attività di cui sopra e, in particolare, al fine del rilascio della certificazione dell'esperienza professionale. L'eventuale mancato conferimento dei dati richiesti preclude il rilascio della certificazione stessa.

5. Il trattamento dei dati è effettuato avvalendosi sia di mezzi informatici che cartacei protetti e non accessibili al pubblico.

6. Ai soggetti istanti competono i diritti previsti dall'articolo 7 del D.lgs n. 196/2003.

7. Titolare del trattamento dei dati è la Regione Puglia; responsabile del trattamento è il Dirigente della Sezione Strategia e Governo dell'Offerta della Regione Puglia. Responsabile della sicurezza dei trattamenti di dati effettuati con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati è Innovapuglia S.p.A..

DOMANDA PER IL RILASCIO DELLA CERTIFICAZIONE DELL'ESPERIENZA PROFESSIONALE SVOLTA NELLA RETE DELLE CURE PALLIATIVE AI SENSI DEL D.M. 04.06.2015.

Regione Puglia
Dipartimento Promozione della Salute del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti

Marca da bollo

da €. 16

Sezione Strategia Governo dell'Offerta
Servizio Risorse Umane ed Aziende Sanitarie
Via Gentile, 52
70126 Bari

Il/La sottoscritto/a……..
…….....

nato/a a ……... il ……..……..
……..

provincia …… stato ……
cittadinanza……

……C.F. .
……

residente a …… provincia…… ….
CAP……

in via …… …….. n.
…….....

tel.……..…… cell …… fax
…….....

e - mail …….……..……... pec ……
……

se diverso dalla residenza, che l'indirizzo al quale deve essere fatta ogni necessaria comunicazione è il seguente:

via …… …… n. …….....

città ……. provincia…… CAP ……

tel…….…… cell …… fax …….

pec…… …….

CHIEDE

IL RILASCIO DELLA CERTIFICAZIONE DELL'ESPERIENZA PROFESSIONALE SVOLTA NELLA RETE DELLE CURE PALLIATIVE AI SENSI DEL D.M. 04 GIUGNO 2015.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi ex art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e che, qualora dai controlli emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il medesimo decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ferme restando le altre conseguenze previste ai sensi delle disposizioni del DPR n. 445/2000

DICHIARA:

1. di essere in possesso della laurea in medicina e chirurgia, conseguita in data …… presso l'Università …… ……;

2. di essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di …….....

3.

☐ di non essere in possesso di specializzazione medica

oppure

☐ di essere in possesso della seguente specializzazione, diversa da quelle di cui al Decreto del Ministero della Salute del 28 marzo 2013 ***(indicare le specializzazione conseguite: n.b. le specializzazioni indicate devono essere diverse dalle specializzazioni in Cure palliative, Ematologia, Geriatria, Malattie Infettive, Medicina Interna, Neurologia, Oncologia, Pediatria, Radioterapia e Anestesiologia e rianimazione):***

_____

conseguita in data _____ presso l'Università _____

4.

☐ di essere stato in servizio, alla data di entrata in vigore della Legge 27 dicembre 2013 n. 147 (cioè **al 1.1.2014),** nelle reti dedicate alle cure palliative, pubbliche o private accreditate, ovvero presso enti e organizzazioni del terzo settore, che erogano attività assistenziali in sede ospedaliera, domiciliare e residenziale e che abbiano instaurato rapporti istituzionali (tramite convenzioni, o accordi formali) con le Aziende Sanitarie regionali per l'espletamento di funzioni assistenziali o di supporto in cure palliative, avendo svolto al 01.01.2014 attività nel campo delle cure palliative presso le reti in questione per almeno tre anni anche non continuativi:

- o esclusivamente presso strutture ubicate nella Regione Puglia
- o in parte presso strutture ubicate nella Regione Puglia

oppure:

☐ di essere stato in servizio, alla data di entrata in vigore della Legge 27 dicembre 2013 n. 147 (cioè **al 1.1.2014**), presso enti o strutture che erogano attività assistenziali di cure palliative che hanno presentato istanza per l'accreditamento istituzionale, avendo maturato al 1.1.2014 presso le stesse strutture, ovvero presso strutture pubbliche o private accreditate anche di altre Regioni, almeno tre anni di attività anche non continuativa nel campo delle cure palliative:

- o esclusivamente presso strutture ubicate nella Regione Puglia
- o in parte presso strutture ubicate nella Regione Puglia

5. di aver svolto l'attività almeno triennale di cui sopra come segue:

a) denominazione struttura (indicare la denominazione dell'azienda sanitaria territoriale/azienda ospedaliera/azienda ospedaliero -universitaria/altra struttura pubblica o privata) sede (indicare indirizzo)
b) natura della struttura (indicare se trattasi di struttura pubblica, privata accreditata o in fase di accreditamento ovvero enti e organizzazioni del terzo settore che abbiano instaurato convenzioni o accordi formali con le Aziende USL del territorio regionale per l'erogazione delle cure palliative nei vari ambiti assistenziali, in quest'ultimo richiamare nome della convenzione, data di stipula e di scadenza della stessa.)
c) periodo servizio professionale (indicare data di inizio e termine del rapporto di lavoro/eventuali interruzioni per aspettative ecc.) Data inizio (gg/mm/aa)…….... Data termine (gg/mm/aa)……

Eventuali interruzioni……
d) tipologia contrattuale secondo la quale l'attività lavorativa è stata prestata e specifica mansione svolta (indicare se tempo determinato/indeterminato/dipendente/incarico libero professionale ecc.) Indicare anche l'ambito di riferimento delle attività assistenziali - se ospedaliera, domiciliare e/o residenziale/altro
e) impegno orario settimanale (specificare tempo pieno/tempo ridotto con indicazione delle ore)

Se la tabella risulta insufficiente per l'indicazione di tutti i titoli di servizio il medico può completare la dichiarazione utilizzando separato foglio da allegare alla domanda avendo cura di riportare gli stessi elementi informativi contenuti nella tabella)

- che l'esperienza lavorativa almeno triennale sopra citata è stata maturata nel campo delle "reti delle cure palliative", intese - alla luce di quanto disposto dall'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 25 luglio 2012 - come il complesso delle strutture che:
- erogano attività assistenziali di cure palliative nell'ambito territoriale di riferimento in sede ospedaliera, domiciliare e residenziale;
- si occupano di malati oncologici o cronici complessi che abbisognano di cure palliative;
- operano per tali malati con un approccio organizzato in equipe multiprofessionali in cui sia prevista la collaborazione tra specialisti, medici di famiglia, infermieri ed altre professionalità coinvolte nella presa in carico della persona

a tal fine dichiara:

o ***(inserire <u>eventualmente</u> quanto ritenuto utile in argomento)***

……....
……
…….…...

6. Il medico dichiara inoltre:

di prestare attualmente servizio presso ….....,

con sede in ……..alla Via ……

natura della struttura…… ……

tipologia del servizio professionale …….....

ruolo/qualifica …….....

[_] di non aver presentato analoga domanda ad altra regione/provincia autonoma

[_] di aver presentato analoga domanda alla regione/provincia autonoma ……..

Il sottoscritto allega alla presente istanza:

[_] fotocopia fronte/retro di un documento di riconoscimento in corso di validità;

[_] marca da bollo da euro 16,00 recante il seguente numero di serie ……. **(n.b. è necessario riportare obbligatoriamente gli estremi della marca da bollo solo nel caso di invio dell'istanza tramite PEC, in caso di invio dell'istanza a mezzo raccomandata la marca da bollo deve essere apposta nell'apposito spazio in alto)**

Nell'ipotesi in cui la richiesta di rilascio della certificazione pervenga da medici in servizio, alla data di entrata in vigore della legge 27 dicembre 2013, n. 147, presso enti o strutture che erogano attività assistenziali di cure palliative che abbiano presentato istanza per l'accreditamento istituzionale, ovvero presso enti e organizzazioni del terzo settore, con sede legale e operatività sul territorio regionale, i cui fini statutari comprendono l'espletamento di funzioni assistenziali o di supporto in cure palliative, e che abbiano instaurato convenzioni o accordi formali con le Aziende USL del territorio regionale per l'erogazione delle cure palliative nei vari ambiti assistenziali, l'istanza deve essere corredata, altresì, da:

[_] dichiarazione del rappresentante legale della struttura privata attestante la presentazione di istanza di accreditamento istituzionale;

[_] stato di servizio rilasciato dal rappresentante legale della struttura privata che abbia presentato istanza di accreditamento ovvero dell'ente o organismo del terzo settore che abbia instaurato convenzioni o accordi formali con le Aziende USL del territorio regionale per l'erogazione delle cure palliative nei vari ambiti assistenziali riportante il periodo di tempo in cui il medico ha prestato l'attività lavorativa, la tipologia contrattuale secondo la quale l'attività lavorativa è stata prestata, l'impegno orario settimanale prestato e la specifica mansione svolta;

[_] attestazione dell'esperienza professionale in cure palliative, di cui al comma 2 dell'art. 1 del D.M. 04/06/2015, rilasciata dal Direttore Sanitario della struttura privata che abbia presentato istanza di accreditamento ovvero dell'organismo del terzo settore che abbia instaurato convenzioni o accordi formali con le Aziende USL del territorio regionale per l'erogazione delle cure palliative nei vari ambiti assistenziali; l'attestazione deve contenere l'indicazione dell'attività svolta dal medico nel campo delle cure palliative e della struttura interna/servizio/o altra articolazione organizzativa interna presso cui tale attività è stata svolta oltre che l'indicazione della convenzione (o altro accordo formale) stipulata con l'Azienda Sanitaria di cui deve essere specificato il nome, la data della stipula e la scadenza dell'atto. L'attestazione dell'esperienza professionale rilasciata dal Direttore Sanitario non può formare oggetto di dichiarazione sostitutiva ed è prodotta in originale, copia autenticata o copia semplice con la dichiarazione che trattasi di copia conforme ai sensi degli articoli 19 e 47 del DPR n. 445/2000. A tal fine può essere utilizzato il modello allegato al presente avviso.

Informativa sul trattamento dei dati personali.

Ai sensi del D.lgs n. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) l'Amministrazione regionale si impegna a rispettare il carattere riservato delle informazioni fornite dal candidato ed il trattamento dei dati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, proporzionalità.

Il trattamento dei dati forniti è diretto esclusivamente all'espletamento, da parte di questa Amministrazione, degli adempimenti connessi, strumentali e conseguenti al procedimento di rilascio della certificazione di cui al DM 04.06.2015.

Tali dati potranno essere comunicati alle unità interessate al rilascio della certificazione

Il conferimento dei dati da parte dei soggetti istanti è necessario per svolgere le attività di cui sopra e, in particolare, al fine del rilascio della certificazione dell'esperienza professionale. L'eventuale mancato conferimento dei dati richiesti preclude il rilascio della certificazione stessa.

Il trattamento dei dati è effettuato avvalendosi sia di mezzi informatici che cartacei protetti e non accessibili al pubblico.

Ai soggetti istanti competono i diritti previsti dall'articolo 7 del D.lgs n. 196/2003.

Titolare del trattamento dei dati è la Regione Puglia; responsabile del trattamento è il Dirigente della Sezione Strategia e Governo dell'Offerta della Regione Puglia. Responsabile della sicurezza dei trattamenti di dati effettuati con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati è Innovapuglia S.p.A..

luogo …….
data……....

firma

…….

Dichiarazione sostitutiva di conformità (art. 47 del DPR n. 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a il _____, a _____ consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

dichiara

che le copie dei sotto segnati documenti sono conformi agli originali

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

etc.

Allegati n. _____

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi del D.lgs n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

Luogo e data_____

Firma_____

(Ai sensi degli artt. 38, 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, la dichiarazione dovrà essere sottoscritto in presenza del dipendente addetto alla ricezione, ovvero occorrerà allegare, allo stesso, una copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore).