



Ordine dei Medici Chirurghi ed
Odontoiatri di
Trieste

Prot. n.001875 A
Del 20/07/2016



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

DIREZIONE CENTRALE SALUTE, INTEGRAZIONE
SOCIO SANITARIA, POLITICHE SOCIALI E FAMIGLIA

tel+ 39 0403775551
fax + 39 0403775523

salute@regione.fvg.it
salute@certregione.fvg.it
I - 34124 Trieste, Riva Nazario Sauro 8

oggetto: trasmissione avviso finalizzato al
rilascio della certificazione dell'esperienza
professionale nella rete delle cure palliative

Ai Presidenti OMCeO
di Trieste, Udine, Pordenone e Gorizia

Si trasmette in allegato, per opportuna conoscenza, l'avviso finalizzato al rilascio della certificazione dell'esperienza professionale nella rete delle cure palliative, approvato con decreto del Direttore centrale della salute integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, n 830 del 1 luglio 2016 e pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione n 28 del 13 luglio 2016, con preghiera di darne ampia diffusione agli iscritti.

Distinti saluti

IL DIRETTORE DI AREA
DOTT. ALDO MARIOTTO
firmato digitalmente



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

DIREZIONE CENTRALE SALUTE, INTEGRAZIONE
SOCIO SANITARIA, POLITICHE SOCIALI E FAMIGLIA

tel + 39 0403775551
fax + 39 0403775523

salute@regione.fvg.it
salute@certregione.fvg.it
I - 34124 Trieste, Riva Nazario Sauro 8

DM 4 giugno 2015 – rilascio certificazione dell'esperienza professionale nella rete delle cure palliative - approvazione avviso

Il Direttore centrale

Visto l'art. 5 della legge 15 marzo 2010, n. 38 (Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore) laddove prevede, al comma 2, che *"Con accordo stipulato (...) in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province Autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro della Salute, sono individuate le figure professionali con specifiche competenze ed esperienza nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, anche per l'età pediatrica, con particolare riferimento ai medici di medicina generale e ai medici specialisti in anestesia e rianimazione, geriatria, neurologia, oncologia, radioterapia, pediatria, ai medici con esperienza almeno triennale nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore, agli infermieri, agli psicologi e agli assistenti sociali nonché alle altre figure professionali ritenute essenziali. (...)";*

Visto l'art. 1, comma 425, della legge 27 dicembre 2013, n. 147 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2014) laddove dispone *"Al fine di garantire la compiuta attuazione della legge 15 marzo 2010, n. 38, i medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate, anche se non in possesso di una specializzazione, ma che alla data di entrata in vigore della presente legge possiedono almeno una esperienza triennale nel campo delle cure palliative, certificata dalla regione di competenza, tenuto conto dei criteri individuati con decreto del Ministro della salute di natura non regolamentare, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono idonei ad operare nelle reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate.";*

Richiamato l'Accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province Autonome di Trento e di Bolzano, il 10 luglio 2014, rep. Atti n. 87/CSR, recante l'individuazione delle figure professionali competenti nel campo delle cure palliative e della terapia del dolore in conformità al su citato art. 5, comma 2, della l. n. 38/2010;

Rilevato che l'art. 4 del suddetto Accordo nel riportare le previsioni della su citata l. n. 147/2013 stabilisce che *"Nelle reti delle cure palliative pubbliche e private accreditate sono idonei a operare i medici in servizio presso le reti medesime che, indipendentemente dal possesso di una specializzazione, alla data di entrata in vigore della legge 27 dicembre 2013, n. 147, sono in possesso di un'esperienza almeno triennale nel campo delle cure palliative, certificata dalla regione di competenza, tenuto conto dei criteri individuati con decreto del Ministro della salute di natura non regolamentare, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano";*

Visto l'Accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province Autonome di Trento e di Bolzano, il 22 gennaio 2015, rep. Atti n. 1/CSR, recante l'individuazione di criteri per la certificazione dell'esperienza triennale nel campo delle cure palliative dei medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche e private accreditate se non in possesso della specializzazione ovvero in possesso di una specializzazione diversa da quella in cure

palliative o equipollenti ai sensi del DM 28 marzo 2013;

Visto il decreto ministeriale 4 giugno 2015 che, ai sensi dell'art. 1, comma 425, della l. 147/2013 e del conforme Accordo Stato – Regioni del 22.1.2015, ha stabilito i criteri uniformi per la certificazione dell'esperienza professionale nel campo delle cure palliative individuando i requisiti partecipativi, le modalità di presentazione delle istanze nonché la documentazione pertinente;

Rilevato che il suddetto decreto dispone, con riferimento ai criteri soggettivi, in particolare, che:

- ai fini del rilascio della certificazione possono fare istanza i medici privi di specializzazione o in possesso di specializzazione diversa da quella di cui al DM 28 marzo 2013, i quali alla data di entrata in vigore della l. 147/2013 erano in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate che erogano attività assistenziale nell'ambito territoriale di riferimento in sede ospedaliera, domiciliare e residenziale;

- i suddetti medici devono aver svolto, alla data di entrata in vigore della l. 147/2013, attività nel campo delle cure palliative per almeno tre anni, anche non continuativi, presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate;

- in fase di prima applicazione possono chiedere la certificazione in parola anche i medici in servizio presso enti e strutture che erogano attività assistenziali di cure palliative che abbiano presentato istanza di accreditamento istituzionale, quest'ultima documentata attraverso un'attestazione del rappresentante legale della struttura o dell'ente;

Rilevato, inoltre, che il decreto ministeriale in parola, in relazione al procedimento, prevede in particolare che:

- le regioni e le province autonome adottano gli atti e la documentazione necessari per la presentazione delle istanze;

- l'istanza deve essere corredata dallo stato di servizio rilasciato dal rappresentante legale della struttura in cui il medico era in servizio alla data di entrata in vigore della l. 147/2013 ovvero da dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà;

- l'esperienza professionale svolta nella rete delle cure palliative è attestata dal direttore sanitario di ogni struttura pubblica o privata accreditata della rete stessa nella quale il medico ha svolto la propria attività;

- la regione/provincia autonoma emana, entro 90 giorni dal ricevimento della domanda, il decreto con il quale certifica l'esperienza professionale;

Ritenuto di dover dare attuazione alle disposizioni innanzi richiamate avviando il procedimento finalizzato al rilascio della certificazione dell'esperienza professionale nel campo delle cure palliative e di indire il relativo avviso;

Ritenuto, quindi, a tal fine, di approvare l'avviso relativo al rilascio della certificazione dell'esperienza professionale nella rete delle cure palliative ai sensi del DM 4 giugno 2015, unitamente al modello di domanda e di dichiarazione di dichiarazione sostitutiva di conformità, allegati al presente provvedimento di cui costituisce parte integrante;

Precisato che:

- il suddetto avviso unitamente ai suoi allegati è pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione e reso disponibile sul sito internet della Regione www.regione.fvg.it;

- l'avviso è, altresì, comunicato a fini informativi agli ordini provinciali dei medici della Regione Friuli – Venezia Giulia e agli enti del Servizio sanitario regionale;

- il termine per la presentazione della domanda è fissato al 5 dicembre 2016;

Decreta

1. E' indetto avviso finalizzato al rilascio della certificazione dell'esperienza professionale nella rete delle cure palliative ai sensi del DM 4 giugno 2015.
2. E' approvato il testo dell'avviso con i suoi allegati unito al presente provvedimento di cui costituisce parte integrante.
3. L'avviso è reso disponibile sul sito internet della Regione www.regione.fvg.it e comunicato, a fini informativi, agli ordini provinciali dei medici della Regione Friuli – Venezia Giulia e agli enti del Servizio sanitario regionale.

4. Il termine per la presentazione della domanda è fissato al 5 dicembre 2016.
5. Il presente provvedimento è pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione.

Trieste,

IL DIRETTORE CENTRALE
dott. Adriano Marcolongo
firmato digitalmente

REGIONE AUTONOMA FRIULI - VENEZIA GIULIA

Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia.

Riva Nazario Sauro n. 8 - 34124 TRIESTE

AVVISO

relativo al rilascio della certificazione dell'esperienza professionale nella rete delle cure palliative ai sensi del DM 4 giugno 2015

La Regione Autonoma Friuli - Venezia Giulia rende noto che intende avviare il procedimento per il rilascio della certificazione dell'esperienza professionale nella rete delle cure palliative in applicazione del DM 4.6.2015.

Il suddetto procedimento è attuativo delle disposizioni dell'art. 1, comma 425, della l. 147/2013 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di Stabilità 2014)) il quale prevede che "Al fine di garantire la compiuta attuazione della L. 38/2010, i medici in servizio presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate, anche se non in possesso di una specializzazione, ma che alla data di entrata in vigore della stessa legge 147/2013 possiedono almeno una esperienza triennale nel campo delle cure palliative, certificata dalla regione di competenza, tenuto conto dei criteri individuati con decreto del Ministro della Salute di natura non regolamentare, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sono idonei ad operare nelle reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate."

1. Requisiti per la presentazione della domanda

1. Possono presentare domanda i medici privi di specializzazione o in possesso di una specializzazione diversa da quelle inserite nel DM 28.3.2013 e cioè diversa dalle specializzazioni in cure palliative o equipollenti come ematologia, geriatria, malattie infettive, medicina interna, neurologia, oncologia, pediatria, radioterapia e anesthesiologia e rianimazione.
2. Al fine dell'acquisizione della certificazione i medici di cui al comma 1 devono aver maturato alla data di entrata in vigore della su citata l. 147/2013 - **cioè alla data dell'1.1.2014** - esperienza professionale almeno triennale come di seguito indicata. I medici devono:
 - a) essere stati in servizio all'1.1.2014 presso le reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private accreditate che erogano attività assistenziali di cure palliative nell'ambito territoriale di riferimento in sede ospedaliera, domiciliare e residenziale, così come individuate nell'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012 (art. 1, comma 1, del DM 4.6.2015);
 - b) aver svolto all'1.1.2014 attività nel campo delle cure palliative per almeno tre anni anche non continuativi presso le strutture delle reti di cui alla precedente lettera a) (art. 1, comma 2, del DM 4.6.2015).
3. In fase di prima applicazione possono presentare domanda anche i medici in servizio presso enti e strutture che erogano attività assistenziali di cure palliative e che abbiano presentato istanza per l'accREDITAMENTO istituzionale, documentata attraverso un'attestazione del rappresentante legale della struttura dell'ente (art. 3, comma 4, del DM 4.6.2015).
4. I requisiti di cui al comma 2, lettere a) e b) si applicano anche medici in servizio nelle strutture che hanno presentato istanza per l'accREDITAMENTO istituzionale. Questi ultimi devono, quindi, aver maturato - all'1.1.2014 - presso le stesse strutture che hanno presentato istanza di accREDITAMENTO, ovvero anche presso altre strutture pubbliche o private accreditate almeno tre anni di attività, anche non continuativa, nel campo delle cure palliative.
5. 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 come indicate nei punti precedenti.

2. Soggetto destinatario della domanda

1. Ai sensi dell'art. 2, comma 1), del DM 4.6.2015 il medico interessato al rilascio della certificazione dell'esperienza professionale inoltra la domanda alla regione e/o alla provincia autonoma di riferimento territoriale della struttura pubblica, privata accreditata o in fase di accreditamento presso la quale presta servizio al momento della presentazione della domanda stessa.
2. A tal fine il medico indica, nella propria domanda, la denominazione della struttura in cui presta servizio al momento della presentazione della domanda e gli altri elementi informativi previsti all'art. 4, comma 1, lettera e), nonché l'eventuale presentazione di analoga domanda presso altra regione o provincia autonoma.

3. Modalità e termini per la presentazione della domanda

1. La domanda, redatta secondo il modello allegato al presente avviso, va presentata **entro e non oltre il termine del 5.12.2016**.
2. Alla domanda deve essere apposta una marca da bollo da euro 16,00. Alla stessa deve essere allegata copia documento d'identità valido (fronte – retro) .
3. La domanda è presentata, nel termine perentorio di cui al comma 1, utilizzando una delle seguenti modalità:
 - a) consegna a mano, in plico chiuso, recante la dicitura "*certificazione esperienza professionale cure palliative*" presso gli uffici del protocollo della Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, riva Nazario Sauro, n. 8 34124 TRIESTE, piano terra, da lunedì a giovedì – ore 9.30 – 15.30, il venerdì e le giornate prefestive – ore 9.30 – 12.00.
 - b) raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia - riva Nazario Sauro, n. 8 34124 TRIESTE, indicando sulla busta la dicitura "*certificazione esperienza professionale cure palliative*".
 - Ai fini dell'accertamento del rispetto del termine di cui al comma 1 la data di spedizione è stabilita e comprovata dalla data apposta dall'ufficio postale accettante, purché la domanda pervenga alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia entro e non oltre 15 giorni dalla scadenza del termine. Qualora la scadenza dei 15 giorni coincida con una giornata festiva, la stessa si intende prorogata al primo giorno successivo non festivo.
 - c) a mezzo posta elettronica certificata (PEC) nominativa dell'interessato all'indirizzo PEC della Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia: salute@certregione.fvg.it.
 - A fini dell'accertamento del rispetto del termine di cui al comma 1, la data di spedizione è stabilita e comprovata dalla data di spedizione della comunicazione, come risultante dalla marcatura temporale prevista dal sistema di trasmissione della PEC. Il termine ultimo di invio è fissato nelle ore 24.00 del giorno di scadenza del presente avviso.
 - Nell'oggetto del messaggio va indicata la dicitura "*certificazione esperienza professionale cure palliative*".
 - La domanda, la documentazione allegata e la scansione del documento di identità (fronte – retro) sono in formato PDF. La sottoscrizione della domanda avviene con firma digitale valida rilasciata da un certificatore accreditato oppure con firma autografa del medico.
 - Non è ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica semplice/ordinaria oppure da PEC non personale, anche se indirizzate alla PEC della Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia.
4. I termini di scadenza indicati ai commi 1 e 3 sono perentori.

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 dichiara 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. La Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia 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 disagi 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.

4. Criteri per la compilazione della domanda e documentazione pertinente

1. Ai sensi della normativa vigente in materia di dichiarazioni sostitutive di certificazioni e dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà nella domanda il medico indica i dati anagrafici e quelli relativi alla residenza nonché dichiara:
 - a) il possesso della laurea con indicazione della data di conseguimento del titolo, della sede e della denominazione dell'ateneo presso cui il titolo stesso è stato conseguito;
 - b) l'iscrizione all'albo professionale con indicazione della provincia in cui ha sede l'ordine di attuale iscrizione del medico;
 - c) la specializzazione professionale con indicazione del titolo conseguito, della data di conseguimento, del luogo e della denominazione dell'istituto presso cui il titolo stesso è stato conseguito;
 - d) il servizio professionale con indicazione della denominazione della struttura, della sede, della natura pubblica o privata accreditata, del periodo di servizio professionale, della tipologia del rapporto di lavoro e del ruolo/qualifica rivestita;
 - e) 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 fase di accreditamento, del periodo di servizio professionale, della tipologia del rapporto di lavoro e del ruolo/qualifica rivestita;
 - f) di avere o non avere presentato analoga domanda per il rilascio della certificazione ad altra regione o provincia autonoma.
2. L'esperienza professionale relativa allo svolgimento di attività nel campo delle cure palliative di cui all'art. 1, comma 2, lettera b) è attestata dal direttore sanitario della struttura pubblica o privata accreditata o in fase di accreditamento nella quale il medico ha svolto la propria attività valevole ai fini della certificazione.
3. Il direttore sanitario nell'attestazione di cui al comma 2 nel dichiarare che l'attività è stata svolta dal medico nel campo delle cure palliative specifica anche presso quale struttura interna/servizio/o altra articolazione organizzativa interna tale attività è stata svolta.
4. L'attestazione di cui al precedente comma 2 non è 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. Per quanto concerne le strutture che hanno presentato istanza di accreditamento istituzionale di cui all'art. 1, comma 3, l'istanza per l'accreditamento istituzionale è attestata dal rappresentante legale della struttura o dell'ente. Anche tale documentazione non è oggetto di autocertificazione ed è prodotta con le modalità del comma 3 del presente articolo.
6. La Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia può procedere in ogni tempo ad effettuare idonei controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni, ai sensi dell'art. 71 del DPR n. 445/2000. A tal fine le dichiarazioni devono essere complete delle indicazioni richieste e comunque devono riportare gli elementi utili per il reperimento 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. 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 DPR n. 445/2000.

5. Precisazioni relative 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.
2. La rete di cure palliative è intesa come l'aggregazione funzionale ed integrata dei servizi distrettuali e ospedalieri, sanitari e sociali che erogano attività di cure palliative nei diversi setting assistenziali: domicilio, hospice, strutture socio-sanitarie e ospedale.
3. 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.

6. Fase istruttoria e rilascio della certificazione

1. L'esame delle domande, della loro ammissibilità, completezza e regolarità formale è svolta dagli uffici della Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia che provvede al rilascio della certificazione con decreto del direttore centrale.
2. Il termine per il rilascio della certificazione è di 90 giorni dal ricevimento della domanda ai sensi dell'art. 2, comma 3), del DM 4.6.2015.
3. Il termine di cui al comma 2 può essere sospeso 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.
4. L'adozione del decreto certificazione dell'esperienza professionale o il mancato accoglimento della domanda è comunicato al medico al recapito dallo stesso indicato per ricevere le comunicazioni relative al presente procedimento.
5. Il rilascio del provvedimento al medico è subordinato al pagamento dell'imposta di bollo di euro 16,00.
6. Non sono accolte le domande:
 - a) presentate con modalità diverse da quelle indicate nel presente avviso;
 - b) pervenute oltre i termini perentori come sopra indicati;
 - 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 sono, altresì, accolte le domande quando all'esito dell'istruttoria risulta la carenza dei requisiti, condizioni e presupposti richiesti per la certificazione dell'esperienza professionale come previsti dalla normativa di riferimento e dal presente avviso.
8. Qualora il medico chieda la restituzione di documenti originali prodotti a corredo della domanda, la restituzione stessa può avvenire in qualunque momento da parte del medico che dichiara espressamente di rinunciare alla domanda; al termine del procedimento negli altri casi.
9. La documentazione è restituita solo su richiesta scritta del medico e consegnata unicamente al medico stesso o a persona da lui delegata per iscritto e comprovata dall'allegazione dei documenti di identità in corso di

validità del delegante e delegato. I documenti, sempre su richiesta scritta del medico, sono restituiti anche a mezzo di servizio postale tramite raccomandata con avviso di ricevimento con spese a carico del richiedente.

7. Pubblicità

1. Il presente avviso è pubblicato sul Bollettino ufficiale della Regione Friuli – Venezia Giulia, nonché è reso disponibile sul sito internet della Regione www.regione.fvg.it unitamente ai suoi allegati.
2. L'avviso è altresì comunicato a fini informativi agli ordini provinciali dei medici della Regione Friuli – Venezia Giulia e agli enti del Servizio sanitario regionale.

8. 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 DM 4.6.2015 nonché alle altre disposizioni normative vigenti in materia di 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).

9. 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 Friuli – Venezia Giulia; responsabile del trattamento è il Direttore centrale della salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia – riva Nazario Sauro, 8 – 34124 Trieste. Responsabile della sicurezza dei trattamenti di dati effettuati con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati è Insiel S.p.A..

Regione Friuli – Venezia Giulia
Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia
Riva Nazario Sauro n. 8 34124 TRIESTE

Marca da bollo
da € 16

**DOMANDA PER IL RILASCIO DELLA CERTIFICAZIONE DELL'ESPERIENZA PROFESSIONALE SVOLTA NELLA
RETE DELLE CURE PALLIATIVE
DM 4.6.2015**

Il/La sottoscritto/a.....
nato/a il..... a.....
provincia..... stato..... CF.....
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.....
e - mail.....
PEC.....

CHIEDE

**IL RILASCIO DELLA CERTIFICAZIONE DELL'ESPERIENZA PROFESSIONALE SVOLTA NELLA RETE DELLE CURE
PALLIATIVE AI SENSI DEL DM 4 GIUGNO 2015**

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi (ex art. 76 - D.P.R. n. 445/2000) oltre alla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere, sotto la sua responsabilità

DICHIARA:

1. Di essere in possesso della laurea in medicina e chirurgia, conseguita il
presso l'Università degli studi di

2. Di essere iscritto all'Ordine professionale dei medici di

3. Specializzazione professionale:

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 28 marzo 2013

.....
conseguita il presso
.....

(indicare la specializzazione conseguita – le specializzazioni del DM 28.3.2013 sono cure palliative, ematologia, geriatria, malattie infettive, medicina Interna, neurologia, oncologia, pediatria, radioterapia e anesthesiologia e rianimazione)

4. Esperienza professionale:

Di prestare attualmente servizio presso

.....

sede della struttura

natura della struttura

tipologia del servizio professionale

ruolo/qualifica

Di aver maturato - **all'1.1.2014** – l'esperienza professionale triennale richiesta dal DM 4.6.2015

esclusivamente presso la Regione Friuli – Venezia Giulia

anche presso strutture delle reti palliative di altre regioni e/o province autonome

(si ricorda che ai sensi dell'art. 1 del DM 4.6.2015 il medico deve:

1. *essere stato in servizio nelle reti dedicate alle cure palliative, pubbliche, private accreditate, o che hanno presentato domanda di accreditamento che erogano attività assistenziali in sede ospedaliera, domiciliare e residenziale come individuate nell'intesa Stato-Regioni 25.7.2012;*
2. *di aver ivi svolto attività nel campo delle cure palliative per almeno tre anni anche non continuativi)*

di aver svolto la suddetta attività, almeno triennale, come segue:

<p>a) denominazione struttura (indicare la denominazione dell'azienda sanitaria territoriale/azienda ospedaliera/azienda ospedaliero -universitaria/altra struttura pubblica o privata)</p> <p>sede (indicare indirizzo)</p>
<p>b) natura della struttura (indicare se trattasi di struttura pubblica, privata accreditata o in fase di accreditamento)</p>
<p>c) periodo servizio professionale (indicare data di inizio e termine del rapporto di lavoro/eventuali interruzioni per aspettative ecc.)</p> <p>Data inizio (gg/mm/aa).....</p> <p>Data termine (gg/mm/aa).....</p> <p>Eventuali interruzioni.....</p>
<p>d) tipologia servizio professionale (indicare se tempo determinato/indeterminato/dipendente/incarico libero professionale ecc.)</p> <p><u>Indicare anche l'ambito di riferimento delle attività assistenziali – se ospedaliera, domiciliare e/o residenziale/altro</u></p>
<p>e) impegno orario settimanale (specificare tempo pieno/tempo ridotto con indicazione delle ore)</p>

f) ruolo/qualifica rivestita/profilo professionale

g) denominazione struttura

(indicare la denominazione dell'azienda sanitaria territoriale/azienda ospedaliera/azienda ospedaliero -universitaria/altra struttura pubblica o privata)

sede

(indicare indirizzo)

h) natura della struttura

(indicare se trattasi di struttura pubblica, privata accreditata o in fase di accreditamento)

i) 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

j) tipologia servizio professionale

(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

k) impegno orario settimanale

(specificare tempo pieno/tempo ridotto con indicazione delle ore)

l) ruolo/qualifica rivestita/profilo professionale

--

<p>m) denominazione struttura (indicare la denominazione dell'azienda sanitaria territoriale/azienda ospedaliera/azienda ospedaliero -universitaria/altra struttura pubblica o privata)</p> <p>sede (indicare indirizzo)</p>
<p>n) natura della struttura (indicare se trattasi di struttura pubblica, privata accreditata o in fase di accreditamento)</p>
<p>o) periodo servizio professionale (indicare data di inizio e termine del rapporto di lavoro/eventuali interruzioni per aspettative ecc.)</p> <p>Data inizio (gg/mm/aa).....</p> <p>Data termine (gg/mm/aa).....</p> <p>Eventuali interruzioni.....</p>
<p>p) tipologia servizio professionale (indicare se tempo determinato/indeterminato/dipendente/incarico libero professionale ecc.)</p> <p><u>Indicare anche l'ambito di riferimento delle attività assistenziali – se ospedaliera, domiciliare e/o residenziale/altro</u></p>
<p>q) impegno orario settimanale (specificare tempo pieno/tempo ridotto con indicazione delle ore)</p>
<p>r) ruolo/qualifica rivestita/profilo professionale</p>

(se le tabelle sono insufficienti 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 e con la dichiarazione di autocertificazione ai sensi e per gli effetti degli artt. 45 e 46 del DPR n. 445/2000)

5. Il medico dichiara inoltre:

- di non aver presentato analoga domanda ad altra regione/provincia autonoma
- di aver presentato analoga domanda alla regione/provincia autonoma

6. Documentazione:

alla presente istanza il sottoscritto allega:

- stato di servizio** rilasciato dal rappresentante legale della struttura/delle strutture presso cui era in servizio (Direttore generale dell'azienda sanitaria/azienda ospedaliera, oppure analoga figura in caso di altra struttura pubblica o privata accreditata)

(facoltativo): le dichiarazioni rese nella domanda hanno valore autocertificativo ai sensi del DPR n. 445/2000 artt. 46 e 47; anche in relazione al servizio professionale, corredati degli elementi informativi necessari.

Tuttavia, poiché il DM 4.6.2015, art. 3, comma 2, prevede che l'istanza sia corredata dallo stato di servizio ovvero da dichiarazione sostitutiva, la documentazione relativa al servizio svolta presso una pubblica amministrazione può essere eventualmente prodotta in originale o in copia semplice con attestazione della conformità all'originale datata e firmata.

Si precisa comunque che, qualora la documentazione comprovante la veridicità delle dichiarazioni non attiene a documenti in possesso della Pubblica Amministrazione e quindi acquisibili d'ufficio, la stessa è chiesta all'interessato.

- attestazione del direttore sanitario** di ogni struttura pubblica, privata accreditata o in fase di accreditamento nelle quali è stata svolta l'esperienza professionale – attestazione avente ad oggetto l'effettuazione di attività nel campo delle cure palliative

(obbligatorio) - la documentazione è prodotta in originale, copia autenticata o in copia con dichiarazione di conformità all'originale datata e firmata)

- attestazione del rappresentante legale della struttura privata** che ha fatto istanza di accreditamento – attestazione avente ad oggetto la presentazione dell'istanza di accreditamento

(obbligatorio) - la documentazione è prodotta in originale, copia autenticata o in copia con dichiarazione di conformità all'originale datata e firmata)

- n. fogli allegati per completamento descrizione titoli di servizio
(obbligatorio)

- fotocopia semplice di un documento di riconoscimento in corso di validità (fronte e retro)
(obbligatorio)

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 4.6.2015.

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 Friuli – Venezia Giulia; responsabile del trattamento è il Direttore centrale della salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia – riva Nazario Sauro, 8 – 34124 Trieste. Responsabile della sicurezza dei trattamenti di dati effettuati con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati è Insiel S.p.A..

data.....

luogo.....

firma

.....

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

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a il _____, a
_____ consapevole delle norme 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 sottoscritta 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**).*

Notifica invio comunicazione tramite pec:

- Il documento è stato inviato ai seguenti destinatari:
 - ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI TRIESTE / segreteria.ts@pec.omceo.it
- Data invio: 19/07/2016
- Amministrazione mittente: REGIONE AUTONOMA FRIULI-VENEZIA GIULIA - REGIONE AUTONOMA FRIULI-VENEZIA GIULIA - DIREZIONE CENTRALE SALUTE, INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA, POLITICHE SOCIALI E FAMIGLIA (sps/r_friuve)
- Protocollo in uscita: sps/2016/0012262
- Oggetto: trasmissione avviso finalizzato al rilascio della certificazione dell'esperienza professionale nella rete delle cure palliative
- Documenti allegati:
 - AVVISO CERTIFICAZIONE OMCEO.PDF
 - LVIEW.PDF
 - 830.PDF
 - 830.1.PDF
 - 830.2.PDF
- Impronta: 7F29F2B45DAA44B26A18B5E3559F049FE9DF8E5A