

Indicazioni operative per l'avvio del percorso di certificazione regionale in attuazione del Decreto del Ministero della Salute 4 giugno 2015.

L'attuale assetto della rete di cure palliative in Emilia Romagna, anche in virtù di quanto stabilito dall'art. 12 della l.r. n. 34/1998 e s.m., è formato da strutture pubbliche e private accreditate.

In alcune realtà territoriali, attraverso convenzioni, le Aziende USL erogano cure palliative, in assistenza domiciliare, con il supporto di medici appartenenti ad associazioni/fondazioni no profit, che potranno così come i medici dipendenti pubblici, se privi della specializzazione o in possesso di una specializzazione diversa da quella di cui al decreto del DM 28/3/2013, presentare istanza di certificazione dell'esperienza triennale nel campo delle cure palliative alla data di entrata in vigore della L. n. 147/2013 (1/1/2014).

CRITERI SOGGETTIVI

Possono presentare istanza i medici non in possesso di una specializzazione o in possesso di una specializzazione diversa da quelle inserite nel DM 28/3/2013 che abbiano svolto attività nel campo delle cure palliative, alla data di entrata in vigore della L. n. 147/2013 (1° gennaio 2014) per almeno tre anni, anche non continuativi, presso le strutture delle reti dedicate alle cure palliative pubbliche della Regione Emilia-Romagna.

PRESENTAZIONE DELL'ISTANZA:

L'istanza per il rilascio della certificazione dell'esperienza professionale nel campo delle cure palliative dovrà essere redatta secondo lo schema allegato al presente atto, alla quale deve essere apposta una marca da bollo da € 16,00.

L'istanza potrà essere spedita:

- a) o a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento al seguente indirizzo: Regione Emilia-Romagna - Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare - Viale Aldo Moro, 21 - CAP 40127 - Bologna, indicando sulla busta l'oggetto della procedura: "Istanza rilascio certificazione dell'esperienza professionale nel campo delle cure palliative - DM 4/6/2015". Al materiale dovrà essere inoltre allegata la fotocopia di un documento di identità valido;
- b) o a mezzo posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo: assistentaterritoriale@postacert.regione.emilia-romagna.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" , e inviando separatamente a mezzo posta la marca da bollo da € 16,00 con le medesime modalità di cui al punto a);

- c) Tutti i documenti allegati alla PEC dovranno essere firmati in ogni singola pagina e dovranno essere inviati in formato PDF. All'invio deve essere inoltre allegata la scansione di un documento di identità valido.
- d) L'istanza di rilascio della certificazione dell'esperienza professionale nel campo delle cure palliative dovrà essere spedita a partire dal giorno della pubblicazione sul B.U.R.E.R.T. della Regione Emilia-Romagna del presente atto, ed entro il termine di 18 mesi dalla data di entrata in vigore (15 gennaio 2017) del DM 4 giugno 2015. Nel caso detti giorni siano festivi, i termini sono prorogati agli stessi giorni successivi non festivi.
- e) In caso di spedizione tramite raccomandata, la data di spedizione dell'istanza è stabilita e comprovata dalla data apposta dall'Ufficio Postale accettante. In caso di spedizione tramite PEC la data di spedizione dell'istanza è stabilita e comprovata dalla data di spedizione della comunicazione. L'eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetto.

L'istanza deve essere corredata dalla documentazione sotto indicata:

Medici in servizio presso aziende sanitarie/strutture private accreditate:

- il medico deve presentare istanza, in bollo (come da fac-simile allegato), corredata
- dallo stato di servizio rilasciato dal rappresentante legale (o suo delegato) della struttura in cui il medico era in servizio alla data di entrata in vigore della L. 147/2013 (1° gennaio 2014) o, in alternativa, dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi del DPR n. 445/2000;
- l'esperienza professionale di cui al comma 2 dell'art. 1 del DM 4/06/2015 è attestata dal direttore sanitario di ogni struttura pubblica o privata accreditata della rete stessa nella quale il medico ha svolto la propria attività.

Medici in servizio presso organismi no profit in convenzione

- il medico deve presentare istanza, in bollo (come da fac-simile allegato), corredata
- dallo stato di servizio rilasciato dal rappresentante legale (o suo delegato) della struttura in cui il medico era in servizio alla data di entrata in vigore della L.147/2013;
- l'esperienza professionale di cui al comma 2 dell'art. 1 del DM 4/06/2015 è attestata dal direttore sanitario dell'organismo no profit nel quale il medico ha svolto la propria attività;
- il Direttore sanitario della azienda sanitaria pubblica dovrà inoltre attestare che l'esperienza professionale è avvenuta attraverso una convenzione stipulata con l'organismo no profit.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART 13 DEL D. LGS 30.6.2003, N. 196


La Regione Emilia - Romagna informa, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/2003, che 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 Emilia-Romagna, con sede in Bologna, Viale Aldo Moro n. 52, cap 40127.

La Regione Emilia-Romagna ha designato quale Responsabile del trattamento, il Direttore generale Cura della Persona, Salute e Welfare.

Istanza rilascio della certificazione dell'esperienza professionale nel campo delle cure palliative	
Al Direttore Generale Cura della Persona Salute e Welfare Regione Emilia Romagna	MARCA DA BOLLO € 16,00

Posta Elettronica Certificata

Raccomandata A.R.
(barrare la casella)

La /Il Sottoscritta/o, _____
(Nome e Cognome)

nata/o a _____ il | ___ | ___ | ___ |
(Luogo di nascita)

Codice Fiscale | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ |

Chiede il 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".

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.79 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; **o**
di possedere il diploma di specializzazione in _____, conseguito in data _____ presso l'Università degli Studi di _____ ;

di essere iscritto all'Ordine professionale con indicazione della Provincia 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: _____ della rete dedicata alle cure palliative pubblica o privata della Regione Emilia-Romagna.

Allega :

stato di servizio rilasciato da _____

dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi del DPR n. 445/2000¹

attestazione del direttore sanitario della struttura relativa all'esperienza professionale di cui al comma 2 dell'art. 1 del DM 4/06/2015

attestazione del Direttore sanitario della azienda sanitaria pubblica che l'esperienza professionale è avvenuta attraverso una convenzione stipulata con l'organismo no profit

fotocopia documento di identità valido

Chiede infine che ogni comunicazione relativa alla presente domanda venga fatta al seguente indirizzo:

Nome e Cognome _____

Via _____ n. _____ Cap _____

Comune _____ Provincia _____

n. telefonico _____ cell. _____

indirizzo mail _____

oppure, al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC):

Data _____

Firma del dichiarante _____

(per esteso e leggibile)

¹ valida per i medici in servizio presso aziende sanitarie pubbliche

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio riguardante
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



Il/la sottoscritto/a _____
(Nome e Cognome)

nato/a a _____ Prov. _____ il ____/____/____
(Luogo di nascita)

Codice Fiscale | |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_|

ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445/2000 s.m.i., **DICHIARA** di aver svolto alla data dell'entrata in vigore
della L. 147/2013 (1° gennaio 2014) di aver prestato servizio presso:

Ente Pubblico: _____

Sede (indirizzo): _____

Data inizio (gg/mm/aaaa) _____ Data termine (gg/mm/aaaa) _____

Durata complessiva: _____
(anni - mesi)

Ente Pubblico: _____

Sede (indirizzo): _____

Data inizio (gg/mm/aaaa) _____ Data termine (gg/mm/aaaa) _____

Durata complessiva: _____
(anni - mesi)

Ente Pubblico: _____

Sede (indirizzo): _____

Data inizio (gg/mm/aaaa) _____ Data termine (gg/mm/aaaa) _____

Durata complessiva: _____
(anni - mesi)

Durata complessiva esperienza lavorativa: _____
(anni - mesi)

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