

Allegato B

Modello di istanza per la certificazione dei requisiti
(dell'esperienza professionale e delle competenze),
in possesso dei medici in servizio presso la Rete regionale di Cure Palliative

Marca da
bollo

Spettabile
Settore Programmazione
dei Servizi Sanitari e Sociosanitari
Direzione Sanità e Welfare
Regione Piemonte

corso Regina Margherita 153bis
10122 Torino

oppure

programmazione.sanitaria@cert.regione.piemonte.it

OGGETTO: ISTANZA PER IL CONSEGUIMENTO DELLA CERTIFICAZIONE ATTESTANTE L'ESPERIENZA PROFESSIONALE NEL SETTORE DELLE CURE PALLIATIVE, DI CUI ALL'ART. 1, COMMA 522 DELLA L. 30 DICEMBRE 2018, N. 145, AL DECRETO DEL MINISTRO DELLA SALUTE DEL 30.06.2021 ED ALL'ART. 1, COMMA 270 DELLA L. 30 DICEMBRE 2021, N. 234.

Il sottoscritto _____, nato a _____ il _____, e residente in _____, Codice Fiscale _____, in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguito il _____ presso l'Università degli Studi di _____, iscritto all'albo dell'ordine dei medici-chirurghi della Provincia di _____ dal _____

RICHIEDE

a codesta spettabile Regione il rilascio della certificazione attestante l'esperienza professionale nel settore delle cure palliative, ai sensi dell'art. 1, comma 522 della L. 30 dicembre 2018, n. 145, del Decreto del Ministro della Salute del 30.06.2021 e dell'art. 1, comma 270 della L. 30 dicembre 2021, n. 234.

A tal fine, consapevole delle sanzioni previste per le dichiarazioni false, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

DICHIARA

- di aver svolto attività nel campo delle cure palliative per almeno tre anni, alla data del 31.12.2021, presso:

- _____ dal _____ al _____;
- _____ dal _____ al _____;
- _____ dal _____ al _____;

- di avere esercitato attività professionale in cure palliative, nei predetti periodi per un numero di ore/settimana, pari al% dell'orario previsto per il rapporto di lavoro del contratto della sanità pubblica;

- di avere preso in carico n. pazienti in cure palliative, per un numero di casi/anno pari a

- di avere acquisito specifica formazione in cure palliative, come di seguito dettagliato:

Corsi ECM:

.....

.....

.....

conseguendo un totale di crediti ECM nella disciplina Cure Palliative

Master Universitario:

Conseguito nell'anno accademico

presso l'Università di:

Corsi di formazione in cure palliative, organizzati da Regione Piemonte o ASR, per l'acquisizione delle competenze di cui all'Accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano il 10 luglio 2014 (rep. Atti n. 87/CSR):

§ corso organizzato da Regione Piemonte o ASR svolto nell'anno

§ corso organizzato da Regione Piemonte o ASR svolto nell'anno

§ corso organizzato da Regione Piemonte o ASR svolto nell'anno

A L L E G A

alla presente istanza:

- 1) fotocopia di documento di identità in corso di validità, ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445;
- 2) curriculum vitae datato e firmato;
- 3) attestazione/i dell'esperienza professionale in cure palliative di cui all'art. 1, comma 2, del D.M. 4 giugno 2015, rilasciata/e dal direttore sanitario della/e (struttura pubblica o privata accreditata, od operante in regime assimilabile) o dal rappresentante legale

dell'organizzazione no profit della rete delle cure palliative nella quale il sottoscritto ha svolto la propria attività;

- 4) attestazione relativa all'attività professionale esercitata, rilasciata dal datore di lavoro, dal committente, o dal rappresentante legale della struttura o dell'organizzazione no-profit in cui il sottoscritto era in servizio alla data del 31 dicembre 2021;
- 5) *[eventuale]* fotocopia di un documento di identità in corso di validità (fronte e retro) del legale rappresentante dell'organizzazione no-profit, presso la quale il sottoscritto era in servizio alla data del 31 dicembre 2021;
- 6) *[eventuale]* autocertificazione a firma del legale rappresentante dell'organizzazione no-profit, che attesta quanto disposto dalla D.G.R. n. 13-3853 del 01.10.2021, come aggiornata con D.G.R. n. 19-4782 del 18.03.2022 ed in specifico:
 - § sede legale
 - § data di istituzione dell'organizzazione no profit
 - § mission di assistenza e sostegno in cure palliative dichiarata nel proprio atto istitutivo, o nel proprio statuto
 - § elenco (con data e durata) delle convenzioni, o degli accordi formali stipulati con le Aziende Sanitarie regionali, che devono essere vigenti, da almeno tre anni al 31.12.2021, per l'espletamento di funzioni assistenziali o di supporto in cure palliative, nei vari settings assistenziali.
- 7) *[solo in caso di invio dell'istanza tramite PEC]* dichiarazione di avere adempiuto con modalità telematica all'onere dell'imposta di bollo, ai sensi dell'art. 6, comma 1, del Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 17.06.2014.

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali sopra riportati, ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196

Luogo e data

.....

Firma

.....