



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

Allegato C alla Delib.G.R. n. 46/18 del 10.8.2016

**INDICAZIONI OPERATIVE PER L'AVVIO DEL PERCORSO DI CERTIFICAZIONE REGIONALE
IN ATTUAZIONE DEL DM 4/6/2015.**

Chi può presentare richiesta di certificazione

Possono presentare istanza i medici che non sono in possesso di una specializzazione o hanno una specializzazione diversa da quelle inserite nel DM 28/3/2013 e che abbiano svolto attività nel campo delle cure palliative per almeno tre anni, anche non continuativi, al 1° gennaio 2014 (data di entrata in vigore della legge n. 147/2013), nelle strutture delle reti dedicate alle cure palliative pubbliche o private della Regione Sardegna. Si precisa che, ai fini del riconoscimento dell'attività professionale, fanno parte della rete di cure palliative le organizzazioni senza scopo di lucro con sede e operanti sul territorio regionale e che abbiano instaurato rapporti istituzionali tramite convenzioni o accordi formali con le Aziende Sanitarie o Ospedaliere del territorio regionale per l'espletamento di funzioni assistenziali o di supporto in cure palliative, nei vari setting assistenziali.

Presentazione dell'istanza

L'istanza dovrà essere redatta secondo il modulo "Istanza di rilascio della certificazione dell'esperienza professionale nel campo delle cure palliative". Sull'istanza debitamente firmata deve essere apposta una marca da bollo da € 16,00. Dovrà essere spedita a partire dal giorno della pubblicazione sul B.U.R.A.S della Regione Sardegna e le domande dovranno pervenire entro e non oltre il 2 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 Sardegna – Direzione Generale Sanità – Via Roma, 223 – CAP 09123 - Cagliari, 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 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: san.dgsan@pec.regione.sardegna.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". Separatamente a mezzo posta deve essere inviata, con le medesime modalità di cui al punto 1), la marca da bollo da € 16,00 (indicando i dati anagrafici del richiedente la certificazione).

Tutti i documenti inviati tramite PEC dovranno essere firmati in ogni singola pagina e dovranno



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

essere inoltrati in formato PDF. 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.

L'istanza deve essere corredata dalla documentazione sotto indicata:

- **i medici in servizio presso struttura pubblica** alla data di entrata in vigore della Legge 147/2013 (**al 1.1.2014**) devono presentare una dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio ai sensi del DPR n. 445/2000 (come da modulo allegato che potrà essere duplicato per consentire la descrizione di più periodi di servizio resi);
- **i medici in servizio presso strutture private accreditate** alla data di entrata in vigore della Legge 147/2013 (**1° gennaio 2014**) devono presentare uno stato di servizio rilasciato dal rappresentante legale (o suo delegato);
- attestazione dell'esperienza professionale in cure palliative di cui al comma 2 dell'art. 1 del DM 4/6/2015 rilasciata dal Direttore Sanitario di ogni struttura pubblica o privata accreditata della rete stessa nella quale il medico ha svolto la propria attività.

Per i medici in servizio presso organismi no profit in convenzione (o con accordi formali) con le ASL del territorio regionale all'istanza deve essere allegata la seguente documentazione:

- 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);
- esperienza professionale in cure palliative di cui al comma 2 dell'art. 1 del DM 4/6/2015 attestata dal Direttore Sanitario dell'organismo no profit nel quale il medico ha svolto la propria attività;
- attestazione del Direttore Sanitario della Azienda Sanitaria pubblica che dichiara che l'esperienza professionale è avvenuta attraverso una convenzione (o accordo formale) stipulata con un organismo no profit con sede legale e operante sul territorio regionale.

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.



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Marca da
bollo
€ 16,00

Raccomandata A/R PEC (barrare la casella)

Istanza rilascio della certificazione dell'esperienza professionale nel campo delle cure palliative

Al Direttore
Generale Via Roma,
n. 223 09123
Cagliari

La/Il Sottoscritto, (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 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 Sardegna.



**REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

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 4/6/2015;
- attestazione del Direttore sanitario della azienda sanitaria pubblica che l'esperienza professionale è avvenuta attraverso una convenzione stipulata con l'organismo no profit;
- fotocopia completa 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 _____ Pr _____

n. telefonico _____ cell. _____

indirizzo email _____

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

(si ricorda che la posta certificata con dominio governativo non è più attiva)

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30.06.2003, n. 196

Si informa che i dati personali raccolti dagli incaricati dell'ufficio, saranno trattati esclusivamente per lo svolgimento del procedimento per il quale l'istanza è presentata, nonché per i controlli previsti dall'art. 71 del DPR 445/2000, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di certificazione o di atti di notorietà.

I dati saranno trattati dagli incaricati dell'ufficio responsabile dell'attività istruttoria, e dell'adozione del provvedimento finale, sia su supporto cartaceo che con l'ausilio di strumenti elettronici, nel rispetto delle regole previste dal codice privacy.

Dichiara di dare espresso assenso al trattamento dei dati personali, finalizzato alla gestione del procedimento, nel rispetto del decreto legislativo n. 196 del 30 giugno 2003.

Data _____

Firma del dichiarante _____

(per esteso e leggibile)

¹ Valida per i medici in servizio presso aziende sanitarie pubbliche



**REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

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

La/Il Sottoscritta/o, (Nome e Cognome) _____ nata/o a (luogo di nascita)
_____ prov. _____ il _____ C.F. _____ ai sensi
e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.,

DICHIARA 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 D.M. 4
giugno 2015 conseguita presso:

Ente Pubblico: _____

Sede (indirizzo) _____

Data inizio (gg/mm/aa) _____ Data Termine(gg/mm/aa) _____

Ente Pubblico: _____

Sede (indirizzo) _____

Data inizio (gg/mm/aa) _____ Data Termine(gg/mm/aa) _____

Ente Pubblico: _____

Sede (indirizzo) _____

Data inizio (gg/mm/aa) _____ Data Termine(gg/mm/aa) _____

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