

ALLEGATO A (Modello per il medico)

DA INVIARE ESCLUSIVAMENTE CON PEC O RACCOMANDATA A.R ENTRO IL 14.01.2023

ALLA ASL.....

E P.C.

ALLA REGIONE ABRUZZO
DIPARTIMENTO SANITA'
SERVIZIO RISORSE UMANE DEL SSR

OGGETTO: *Istanza ai sensi del DM 30 giugno 2021 per il rilascio della certificazione regionale necessaria ad operare nelle strutture delle reti regionali delle cure palliative.*

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____ in via _____

PRESENTA ISTANZA

ai sensi del DM 30 giugno 2021 per il rilascio della certificazione regionale necessaria ad operare nelle strutture delle reti regionali delle cure palliative.

A tal fine ai sensi del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. n. 445/2000) sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di avere titolo alla presentazione della presente istanza, essendo in servizio al 31.12. 2020 presso la seguente struttura di cure palliative.....della ASL.....
- di non essere in possesso a quella data di specializzazione equipollente alla disciplina cure palliative;
- di essere ai sensi del DM 30 giugno 2021 in possesso al 31.12.2020 di tutti i seguenti requisiti:
 - a) esperienza almeno triennale, anche non continuativa, nel campo delle cure palliative prestata nell'ambito di strutture ospedaliere, di strutture residenziali appartenenti alla categoria degli hospice e di unità per le cure palliative (UCP) domiciliari, pubbliche o comunque accreditate per l'erogazione delle cure palliative presso il Servizio sanitario nazionale;
 - b) un congruo numero di ore di attività professionale esercitata - corrispondente ad almeno il 50 per cento dell'orario previsto per il rapporto di lavoro del contratto della sanità pubblica e pertanto pari ad almeno diciannove ore settimanali - e un congruo numero di casi trattati, rispetto all'attività professionale esercitata, pari ad almeno venticinque casi annui;

- c) acquisizione di una specifica formazione in cure palliative nell'ambito di percorsi di Educazione continua in medicina (ECM), conseguendo almeno venti crediti ECM, oppure tramite master universitari in cure palliative oppure tramite corsi organizzati dalle regioni e dalle province autonome 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).
- Allega la documentazione attestante il possesso dei requisiti di cui ai punti a) b) e c) nel rispetto di quanto prescritto dall'art 4 del DM 30 giugno 2021 oltre alla copia del documento di identità;
 - Dichiarà infine di essere informato/a, che i dati personali indicati sono trattati nel rispetto del Regolamento UE 679/2016 e del d.lgs. 196/2003, così come modificato dal d.lgs.101/2018, con modalità idonee a garantirne la riservatezza e la sicurezza ed utilizzati esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo..... Data.....

Firma _____