



**REGIONE SICILIANA**

**ASSESSORATO DELLA SALUTE**

**DIPARTIMENTO REGIONALE PER LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA  
IL DIRIGENTE GENERALE**

**“ AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA ANNO 2025”**

- VISTO** lo Statuto della Regione Siciliana;
- VISTA** la legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale n. 833 del 23 dicembre 1978;
- VISTO** il D.L.vo 502/92, come modificato dal D.L.vo 517/93 ed ulteriormente modificato ed integrato dal D.L.vo 229/99 ;
- VISTO** l’Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta del 25/07/2024;
- VISTO** il Pre Accordo Integrativo Regionale con i pediatri di libera scelta, sottoscritto e recepito con D. A. n. 887 del 13 agosto 2025;
- VISTO** l’art. 32 dell’A.C.N. del 27/07/2024 che definisce le procedure per l’assegnazione di incarichi di pediatria di libera scelta stabilendo che la Regione pubblica sulla Gazzetta Ufficiale l’elenco degli ambiti carenti e di quelli che si renderanno disponibili nel corso dell’anno, individuati dalle Aziende sulla base dei criteri di cui all’art. 30;
- VISTA** la nota prot. n. 38032 del 13/08/2025 con la quale l’Amministrazione Regionale ha attivato le procedure di ricognizione, invitando le Aziende Sanitarie Provinciali della Sicilia ad individuare e comunicare gli ambiti carenti di pediatria di libera scelta per l’anno 2025, avendo già esaminato le richieste di mobilità interaziendale presentate dai pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato;
- PRESO ATTO** delle comunicazioni pervenute da parte delle AA.SS.PP. della Regione relativamente agli ambiti carenti di pediatria di libera scelta per l’anno 2025 ed ai sensi dell’art. 30;
- RITENUTO** pertanto di dover procedere alla copertura delle zone carenti, individuate ai sensi dell’A.C.N. del 25/07/2025 e del Pre Accordo Integrativo Regionale con i pediatri di libera scelta, sottoscritto e recepito con D. A. n. 887 del 13 agosto 2025 ;
- RITENUTO** di dover utilizzare, ai fini dell’attribuzione degli incarichi, la Graduatoria Regionale definitiva di Pediatria di Libera Scelta valida per l’anno 2025 approvata con D.D.G. n. 1270 del 18/11/2024 pubblicato sulla G.U.R.S. n. 53 S.O. n. 2 del 29/11/2024;
- RITENUTO** che le modalità di pubblicazione e assegnazione degli incarichi debbano avvenire nel rispetto dell’art. 32 dell’Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici Pediatri di Libera Scelta del 25/07/2025;

- VISTO l'art.32 comma 5 ai sensi del quale, possono concorrere al conferimento degli incarichi, secondo il seguente ordine di priorità:
- a) per Trasferimento tra Aziende - i pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato iscritti da almeno due anni nel medesimo elenco di provenienza della Regione Sicilia;
  - b) per Trasferimento tra Aziende - i pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato iscritti da almeno quattro anni nel medesimo elenco di provenienza di altra Regione;
  - c) per Graduatoria - I pediatri inclusi nella graduatoria definitiva di pediatria di libera scelta della Regione Sicilia valida per l'anno 2025;
  - d) i pediatri che abbiano acquisito il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i. successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valida per l'anno 2025, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda;
  - e) i pediatri in possesso del diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i., non compresi nella lettera precedente.
- VISTO l'art. 19 comma 3, ai sensi del quale i pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta possono concorrere all'assegnazione degli ambiti vacanti solo per trasferimento;
- RITENUTO di procedere alle convocazioni, di cui all'art. 32 comma 12 dei pediatri aventi titolo tramite l'utilizzo della posta elettronica certificata ( PEC) con un preavviso di 15 giorni;
- VISTO l'Art. 32 comma 13 ai sensi del quale il pediatra interpellato deve, a pena di decadenza, dichiarare l'ambito territoriale per il quale accetta l'incarico o rinunciare all'assegnazione;
- VISTO il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, approvato con D.P.R. 28/12/00 n.445, come modificato ed integrato dall'art. 15 della legge n. 183 del 2011;

### DECRETA

- ART. 1 Per le motivazioni espresse in premessa, con il presente decreto si dispone la pubblicazione dei seguenti ambiti carenti di pediatria di libera scelta :

#### A.S.P. di AGRIGENTO

Ambito: Campobello di Licata – Ravanusa – Naro - Camastra (con obbligo apertura dello studio presso il comune di Campobello di Licata)	n. 1 posto
Ambito: Canicattì	n. 1 posto
Ambito: Alessandria della Rocca – Cianciana – Bivona – San Biagio Platani- Santo Stefano di Quisquina	n. 1 posto
Ambito: Sciacca - Caltabellotta	n. 1 posto

**A.S.P. di CALTANISSETTA**

Ambito : Gela	n. 2 posti
---------------	---------------

**A.S.P. di CATANIA**

Ambito distrettuale: Catania (con obbligo apertura dello studio presso il sesto Municipio Librino-San Giorgio)	n. 2 posti
Ambito distrettuale: Catania (con obbligo apertura dello studio presso il sesto Municipio Villaggio Sant'Agata)	n. 1 posto
Ambito distrettuale: Catania (con obbligo apertura dello studio presso il comune di Motta Sant'Anastasia)	n. 1 posto
Ambito distrettuale: Catania	n. 4 posti
Ambito distrettuale: Catania (con obbligo apertura dello studio presso il comune di Misterbianco)	n. 1 posto
Ambito distrettuale: Adrano	n. 1 posto
Ambito distrettuale: Palagonia	n. 2 posti
Ambito distrettuale: Acireale (con obbligo apertura dello studio presso il comune di Zafferana Etnea)	n. 1 posto
Ambito distrettuale: Giarre (con obbligo apertura dello studio presso il comune di Linguaglossa)	n. 1 posto
Ambito distrettuale: Paternò	n. 1 posto
Ambito distrettuale: Paternò (con obbligo apertura dello studio presso il comune di Belpasso)	n. 2 posti
Ambito distrettuale: Caltagirone	n. 2 posti

**A.S.P. di MESSINA**

Ambito: Messina Sud	n. 1 posto
Ambito: Milazzo	n. 2 posti
Ambito: Taormina (con obbligo apertura dello studio presso il comune di CESARO')	n. 1 posto
Ambito: S. Agata di Militello	n. 1 posto
Ambito: Barcellona Pozzo di Gotto	n. 2 posti
Ambito: Patti	n. 1 posto
Ambito: Lipari	n. 1 posto

**A.S.P. di PALERMO**

Ambito: Capaci – Cinisi – Isola Delle Femmine - Terrasini	n. 1 posto
Ambito: Alimena – Blufi – Bompietro – Gangi – Geraci Siculo - Castellana Sicula – Polizzi Generosa – Petralia Soprana – Petralia Sottana	n. 1 posto
Ambito: Baucina – Ciminna – Ventimiglia di Sicilia – Campofelice Fitalia – Cefala Diana – Godrano – Mezzojuso - Villafrati	n. 1 posto
Ambito: Cerda – Aliminusa – Montemaggiore Belsito – Scillato – Caltavuturo – Sclafani Bagni	n. 1 posto
Ambito: Caccamo - Sciara	n. 1 posto
Ambito: Trabia – Termini Imerese	n. 1 posto
Ambito: San Giuseppe Jato – San Cipirello - Camporeale	n. 1 posto
Ambito: Altofonte – Piana degli Albanesi – Santa Cristina Gela	n. 1 posto
Ambito: Palermo 1 Pta Centro 1 Pta Albanese con obbligo apertura dello studio allo ZEN	n. 2 posti

**A.S.P. di RAGUSA**

Ambito: Modica (con obbligo apertura dello studio presso il comune di MODICA quartiere Modica Alta) Disponibile dal 31/12/2025	n. 1 posto
Ambito: Vittoria (con obbligo apertura dello studio presso il comune di VITTORIA)	n. 1 posto
Ambito: Vittoria (con obbligo apertura dello studio presso il comune di ACATE)	n. 1 posto

**A.S.P. di SIRACUSA**

Ambito: Palazzolo – Buscemi – Canicattini –Buccheri – Cassaro – Sortino - Ferla (con obbligo apertura dello studio presso il comune di SORTINO)	n. 1 posto
Ambito: Palazzolo – Buscemi – Canicattini –Buccheri – Cassaro – Sortino - Ferla (con obbligo apertura dello studio presso il comune di PALAZZOLO e nell’ambito dei COMUNI MONTANI)	n. 1 posto
Ambito: Augusta - Melilli (con obbligo apertura dello studio presso il comune di AUGUSTA)	n. 1 posto
Ambito: Augusta - Melilli (con obbligo apertura dello studio presso il comune di MELILLI e CITTA’ GIARDINO)	n. 1 posto
Ambito: Noto - Avola (con obbligo apertura dello studio presso il comune di NOTO)	n. 1 posto
Ambito: Portopalo – Pachino - Rosolini (con obbligo apertura dello studio presso il comune di PORTOPALO)	n. 1 posto
Ambito: Floridia – Solarino – Priolo - Siracusa (con obbligo apertura dello studio presso il comune di FLORIDIA)	n. 1 posto

## A.S.P. di TRAPANI

Ambito distrettuale: Trapani	n. 3 posti
Ambito distrettuale: Trapani ( con obbligo apertura dello studio presso il comune di PANTELLERIA)	n. 1 posto
Ambito distrettuale: Alcamo	n. 2 posti
Ambito distrettuale: Mazara Del Vallo	n. 1 posto
Ambito distrettuale: Marsala	n. 1 posto

ART. 2 Ai sensi di quanto previsto dall'art. 32 comma 5 dell'A.C.N. possono concorrere al conferimento degli incarichi sopra elencati, secondo il seguente ordine di priorità:

- a) per Trasferimento tra Aziende (interaziendale) - i pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato iscritti da almeno due anni nel medesimo elenco di provenienza della Regione;  
Per l'assegnazione di tali incarichi i medici sono graduati in base all'anzianità complessiva di incarico a tempo indeterminato, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'art. 21, comma 1. Ai fini del computo dell'anzianità di iscrizione negli elenchi di provenienza, si farà riferimento alla data di scadenza del termine per la presentazione della domanda finalizzata ad ottenere il trasferimento nella zona carente;
- b) per Trasferimento tra Aziende (interaziendale) - i pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato iscritti da almeno quattro anni nel medesimo elenco di provenienza di altra Regione .  
Per l'assegnazione di tali incarichi i medici sono graduati in base all'anzianità complessiva di incarico a tempo indeterminato, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'art. 21, comma 1. Ai fini del computo dell'anzianità di iscrizione negli elenchi di provenienza, si farà riferimento alla data di scadenza del termine per la presentazione della domanda finalizzata ad ottenere il trasferimento nella zona carente;
- c) per Graduatoria - I pediatri inclusi nella graduatoria regionale definitiva di pediatria di libera scelta valida per l'anno 2025 i quali non risultino titolari di incarico a tempo indeterminato di Pediatria di Libera Scelta.
- d) i pediatri che abbiano acquisito il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i. successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale valida per l'anno 2025, autocertificandone il possesso.
- e) i pediatri in possesso del diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i., non compresi nella lettera precedente.

Per l'assegnazione di tali incarichi i pediatri sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età. Ai fini del computo dell'anzianità di specializzazione, si farà riferimento alla data di scadenza del termine per la presentazione della domanda.

- ART. 3 **Entro 20 giorni dalla pubblicazione del presente decreto sulla G.U.R.S.** i pediatri, di cui all'art. 2 lett. a), b), c) ,d) ed e) interessati alla copertura degli ambiti di cui al precedente art. 1, dovranno trasmettere all'Assessorato Regionale della Salute - Servizio 1° Dip. P.S. a mezzo raccomandata a.r., apposita domanda di partecipazione all'assegnazione dell'incarico, in regola con le vigenti norme in materia di imposta di bollo, in conformità agli schemi allegati "A (Trasferimenti regionali)", o "B (Trasferimenti interregionali)" o "C (assegnazione per graduatoria)", D "Pediatri non inseriti nella graduatoria della Regione Sicilia valida per l'anno 2025 in quanto specializzati successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale", E "Pediatri in possesso del diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i., compilando altresì l'allegato "F";
- ART. 4 I pediatri di cui al punto a) e b) del precedente art.2 sono tenuti ad allegare alla domanda , apposita dichiarazione ai sensi del D.P.R. 445/00 (all. "A1" o all. "B1"), comprovante il possesso dei requisiti per concorrere al trasferimento e l'anzianità di incarico.  
L'anzianità di iscrizione negli elenchi è determinata dall'anzianità complessiva di iscrizione negli elenchi della pediatria di famiglia, detratti i periodi di eventuale cessazione dall'incarico.
- ART. 5 I pediatri di cui al punto c) del precedente art.2 devono dichiarare nella domanda, di essere inclusi nella graduatoria regionale definitiva di pediatria di libera scelta della Regione Sicilia valida per il 2025, specificando il punteggio conseguito.
- ART. 6 Al fine del conferimento degli incarichi negli ambiti territoriali carenti i pediatri di cui all'art. 2 lett. c) del presente decreto sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:
- a) attribuzione del punteggio riportato nella graduatoria regionale definitiva di pediatria valida per l'anno 2025;
  - b) attribuzione di 6 punti ai pediatri che nell'ambito territoriale carente per il quale concorrono abbiano la residenza fin dal 31/01/2022 e che tale requisito abbiano mantenuto fino all'attribuzione dell'incarico;
  - c) attribuzione di 10 punti ai pediatri residenti nell'ambito della Regione Sicilia fin dal 31/01/2022 e che tale requisito abbiano mantenuto fino all'attribuzione dell'incarico;
- I pediatri che intendono fruire del punteggio aggiuntivo di cui ai punti b) e c) del presente articolo devono allegare alla domanda autocertificazione di residenza storica ai sensi del D.P.R. 445/00 (all. "C1").
- ART. 7 I pediatri di cui al punto d) ed e) del precedente art. 2, per concorrere all'assegnazione degli ambiti territoriali carenti devono autocertificare la data del conseguimento della specializzazione ed il voto di specializzazione.
- ART. 8 In caso di pari posizione in graduatoria i pediatri di cui all'art. 2 comma a), b) e c) sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età.
- ART. 9 In allegato alla domanda gli aspiranti devono inoltrare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante se alla data di presentazione della domanda abbiano in atto

rapporti di lavoro dipendente, anche a titolo precario, trattamenti di pensione e se si trovino in posizione di incompatibilità, secondo lo schema allegato “F”.

ART. 10 L'Assessorato Regionale della Salute procederà alle convocazioni per l'attribuzione degli ambiti carenti , esclusivamente tramite comunicazione inviata per mezzo di posta elettronica certificata (PEC) con un preavviso di 15 giorni. A tal fine i pediatri dovranno indicare nella domanda un indirizzo PEC personale, pena la mancata comunicazione della convocazione. L'elenco dei pediatri convocati, il giorno, il luogo e l'ora della convocazione saranno pubblicati sul sito dell'Assessorato Regionale della Salute.

ART. 11 I pediatri, di cui all'art. 2 saranno interpellati secondo il seguente ordine:

- 1) pediatri di cui alla lett. a)
- 2) pediatri di cui alla lett. b)
- 3) pediatri di cui alla lett. c)
- 4) pediatri di cui alla lett. d) con priorità di interpello per i residenti nell'ambito carente, in Azienda, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione
- 5) pediatri di cui alla lett. e) con priorità di interpello per i residenti nell'ambito carente, in Azienda, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

ART. 12 Il pediatra che accetta l'incarico per trasferimento decade dall'incarico di provenienza, ai sensi dell'art. 32 comma 15, fatto salvo l'obbligo di garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso di cui all'art. 23 comma 1 lettera a). La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

ART. 13 Il pediatra che, avvalendosi della facoltà di cui all'art. 32 comma 5 lettera c) dell'A.C.N. vigente, accetta l'incarico è cancellato dalla graduatoria regionale di pediatria di libera scelta valida per l'anno 2025.

Il presente decreto sarà trasmesso alla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana per la pubblicazione e al responsabile del procedimento di pubblicazione di contenuti sul sito istituzionale, ai fini dell'assolvimento dell'obbligo di pubblicazione online.

Palermo, 28 ottobre 2025

IL DIRIGENTE GENERALE  
(dott. Salvatore Iacolino)

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO  
(dott. Roberto Virzi)

**Allegato “A”**

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI  
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA (PER TRASFERIMENTO TRA AZIENDE  
DELLA REGIONE SICILIA)**

(Modulo da compilare a cura dei pediatri convenzionati presso la REGIONE SICILIA)

**Marca da Bollo**

**€ 16,00**

All'Assessorato Regionale della Salute

Dipartimento Pianificazione Strategica

Servizio 1° “Personale del S.S.R. Dipendente e  
Convenzionato”

Piazza O. Ziino n° 24

90145 Palermo

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_ titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera

scelta presso l'A.S.P. di \_\_\_\_\_, ambito territoriale di

\_\_\_\_\_ della Regione Sicilia

PEC ( obbligatoria) \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

secondo quanto previsto dall'art. 32 comma 5 lettera a) dell'Accordo Collettivo Nazionale dei medici specialisti pediatri di libera scelta del 25/07/2024, per l'assegnazione del seguente ambito territoriali carenti di pediatria di libera scelta:

ASP \_\_\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_

ASP \_\_\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_

ASP \_\_\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_

ASP \_\_\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_

ASP \_\_\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_

**ACCLUDE**

- ☐ Dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il possesso dei requisiti per concorrere al trasferimento e l'anzianità di incarico (all. “A1”);
- ☐ Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. “F”);
- ☐ Copia fotostatica di un documento di identità, in corso di validità (**obbligatoria pena l'esclusione in quanto parte integrante delle superiori dichiarazioni**)



Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Allegato "A1"**

## **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 28.12.2000, n. 445 e smi

### **d i c h i a r a**

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445 del 28/12/00 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa:

a) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta presso l'A.S.P. di \_\_\_\_\_ ambito territoriale di \_\_\_\_\_ della Regione Sicilia dal ( g/m/a) \_\_\_\_\_ ;

b) di vantare un'anzianità complessiva di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta pari a mesi \_\_\_\_\_ (1), e precisamente:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ ;

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ ;

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ ;

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (2)

Data \_\_\_\_\_

Firma (3 ) \_\_\_\_\_

(1) nel computo dell'anzianità complessiva vanno detratti gli eventuali periodi di cessazione dall'incarico.

(2) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia".

(3) ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI DI  
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA**

**(PER TRASFERIMENTO TRA AZIENDE DI ALTRE REGIONI)**

(Modulo da compilare a cura dei pediatri convenzionati presso ALTRA REGIONE)

**Marca da Bollo**

**€ 16,00**

All'Assessorato Regionale della Salute

Dipartimento Pianificazione Strategica

Servizio 1° "Personale del S.S.R. Dipendente e  
Convenzionato"

Piazza O. Ziino n° 24

90145 Palermo

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_ titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera

scelta presso l'A.S.L. n. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ ambito territoriale di

\_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_;

PEC ( OBBLIGATORIA) \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

secondo quanto previsto dall'art. 32 comma 5 lettera b) dell'Accordo Collettivo Nazionale dei medici specialisti pediatri di libera scelta del 25/07/2024, per l'assegnazione del seguente ambito territoriale carente di pediatria di libera scelta :

ASP \_\_\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_

ASP \_\_\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_

ASP \_\_\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_

**ACCLUDE**

- ☐ Dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il possesso dei requisiti per concorrere al trasferimento e l'anzianità di incarico (all. "B1");
- ☐ Dichiarazione sostitutiva di atto notorio (all. "F");
- ☐ Copia fotostatica di un documento di identità, in corso di validità (**obbligatoria pena l'esclusione in quanto parte integrante delle superiori dichiarazioni**)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Allegato "B1"**

## **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni mendaci, così come previsto dall'art. 76 del DPR 28.12.2000, n. 445, per comprovare l'anzianità complessiva di incarico di pediatria di libera scelta

### **d i c h i a r a**

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445 del 28/12/00 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa:

a) di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta ed iscritto nell'elenco dei medici pediatri presso l'A.S.L. n. \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ ambito territoriale di \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ ;

b) di vantare un'anzianità complessiva di incarico a tempo indeterminato di pediatria di libera scelta nell'ambito della Regione \_\_\_\_\_ pari a mesi \_\_\_\_\_ (1), e precisamente:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ ;

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ ;

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ ;

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (2)

Data \_\_\_\_\_

Firma (3 ) \_\_\_\_\_

(1) nel computo dell'anzianità complessiva vanno detratti gli eventuali periodi di cessazione dall'incarico.

(2) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia".

(3) ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI  
DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA (PER GRADUATORIA)**

(Modulo da compilare a cura dei pediatri inseriti nella graduatoria della REGIONE SICILIA valida per l'anno 2025)

**Marca da Bollo**

**€ 16,00**

All'Assessorato Regionale della Salute

Dipartimento Pianificazione Strategica

Servizio 1° “Personale del S.S.R. Dipendente e  
Convenzionato”

Piazza O. Ziino n° 24

90145 Palermo

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_ inserito nella graduatoria unica regionale di pediatria di libera  
scelta della Regione Siciliana valida per l'anno 2025 con punti \_\_\_\_\_

PEC ( obbligatoria) \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA**

secondo quanto previsto dall'art. 32 comma 5 lettera c) dell'Accordo Collettivo Nazionale dei  
medici specialisti pediatri di libera scelta del 25/07/2024, per l'assegnazione del seguente ambito  
territoriale carente di pediatria di libera scelta:

ASP \_\_\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_

ASP \_\_\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_

ASP \_\_\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_

ASP \_\_\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_

**ACCLUDE**

☐ Autocertificazione di residenza storica ( All C1);.

☐ Dichiarazione sostitutiva di atto notorio ( All E)

☐ Copia fotostatica di un documento di identità, in corso di validità (**obbligatoria pena  
l'esclusione in quanto parte integrante delle superiori dichiarazioni**)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Allegato "C1"**

### **AUTOCERTIFICAZIONE**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

inserito nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta della Regione Siciliana valida per l'anno 2024 con punti \_\_\_\_\_

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/00 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

### **d i c h i a r a**

- a) di essere residente nel territorio della Regione Siciliana dal \_\_\_\_\_, senza soluzione di continuità (1);
- b) di essere residente presso il Comune di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_, senza soluzione di continuità (1).

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (2)

Data \_\_\_\_\_

Firma (3) \_\_\_\_\_

(1) La mancata indicazione dei dati relativi alla residenza, comporta la non assegnazione dei punteggi aggiuntivi, previsti dall'art. 33, comma 3, lettere b) e c);

(2) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia".

(3) ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI  
DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA**

(Pediatri non inseriti nella graduatoria della Regione Sicilia valida per l'anno 2025 in quanto specializzati successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale)

**Marca da Bollo**

**€ 16,00**

All'Assessorato Regionale della Salute

Dipartimento Pianificazione Strategica

Servizio 1° “Personale del S.S.R. Dipendente e  
Convenzionato”

Piazza O. Ziino n° 24

90145 Palermo

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap  
\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
PEC ( obbligatoria) \_\_\_\_\_  
Specializzato in \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA**

secondo quanto previsto dall'art. 32 comma 5 lettera d) dell'Accordo Collettivo Nazionale dei medici specialisti pediatri di libera scelta del 25/07/2024, per l'assegnazione del seguente ambito territoriale carente di pediatria di libera scelta:

ASP \_\_\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_  
ASP \_\_\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_  
ASP \_\_\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_

**ACCLUDE**

- ☐ Dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il possesso dei requisiti per concorrere all'attribuzione dell'incarico (All D1);.
- ☐ Dichiarazione sostitutiva di atto notorio ( All F)
- ☐ Copia fotostatica di un documento di identità, in corso di validità (**obbligatoria pena l'esclusione in quanto parte integrante delle superiori dichiarazioni**)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Allegato "D1"**

### **AUTOCERTIFICAZIONE**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/00 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

#### **d i c h i a r a**

a) di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

b) di essere avere conseguito la specializzazione in Pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i. :

presso \_\_\_\_\_

specializzazione \_\_\_\_\_

data acquisizione del titolo \_\_\_\_\_ voto \_\_\_\_\_

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Data \_\_\_\_\_

Firma (2) \_\_\_\_\_

(1) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia".

(3) ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI CARENTI  
DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA**

(i pediatri in possesso del diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i.)

**Marca da Bollo**

**€ 16,00**

All’Assessorato Regionale della Salute

Dipartimento Pianificazione Strategica

Servizio 1° “Personale del S.S.R. Dipendente e  
Convenzionato”

Piazza O. Ziino n° 24

90145 Palermo

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap  
\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
PEC ( obbligatoria) \_\_\_\_\_  
Specializzato in \_\_\_\_\_

**FA DOMANDA**

secondo quanto previsto dall’art. 32 comma 5 lettera e) dell’Accordo Collettivo Nazionale dei medici specialisti pediatri di libera scelta del 25/07/2024, per l’assegnazione del seguente ambito territoriale carente di pediatria di libera scelta:

ASP \_\_\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_  
ASP \_\_\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_  
ASP \_\_\_\_\_ Ambito \_\_\_\_\_

**ACCLUDE**

- ☐ Dichiarazione sostitutiva atta a comprovare il possesso dei requisiti per concorrere all’attribuzione dell’incarico (All E1);
- ☐ Dichiarazione sostitutiva di atto notorio ( All F)
- ☐ Copia fotostatica di un documento di identità, in corso di validità **(obbligatoria pena l’esclusione in quanto parte integrante delle superiori dichiarazioni)**



Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Allegato “E1”**

## **AUTOCERTIFICAZIONE**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/00 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

### **d i c h i a r a**

a) di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

b) di essere avere conseguito la specializzazione in Pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i. :

presso \_\_\_\_\_

specializzazione \_\_\_\_\_

data acquisizione del titolo \_\_\_\_\_ voto \_\_\_\_\_

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Data \_\_\_\_\_

Firma (2) \_\_\_\_\_

(1) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 “chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia”.

(3) ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

**DICHIARAZIONE INFORMATIVA**  
(Dichiarazione sostitutiva di atto notorio)

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ iscritto  
all'Albo dei \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_

ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445 del 28/12/00 recante il Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

**d i c h i a r a**

- 1) essere / non essere titolare di incarico a tempo determinato o a tempo indeterminato come medico specialista pediatra di libera scelta presso l'ASP di \_\_\_\_\_ ambito territoriale di \_\_\_\_\_;
- 2) essere / non essere titolare di rapporto di lavoro dipendente a tempo pieno, a tempo definito, a tempo parziale, anche come incaricato o supplente presso soggetti pubblici o privati:  
Soggetto \_\_\_\_\_ ore settimanali \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
- 3) essere / non essere titolare di incarico di assistenza primaria presso l'ASP. di \_\_\_\_\_ ambito territoriale di \_\_\_\_\_;
- 4) essere / non essere titolare di incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato come specialista ambulatoriale convenzionato interno:  
Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_  
Azienda \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_;
- 5) essere / non essere iscritto negli elenchi dei medici specialisti preaccreditati esterni:  
Provincia \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- 6) essere / non essere titolare di incarico a tempo determinato o indeterminato di continuità assistenziale o emergenza sanitaria territoriale nella Regione \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_;
- 7) operare / non operare a qualsiasi titolo in e/o per conto di presidi, stabilimenti, istituzioni private convenzionate o che abbiano accordi contrattuali con le Aziende ai sensi dell'art. 8 –quinquies del D.L.vo n.502/92 e successive modificazioni:  
Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
Tipo di attività \_\_\_\_\_ Tipo di lavoro \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- 8) operare – non operare a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti, istituzioni private non convenzionate o non accreditate e soggette ad autorizzazione ai sensi dell'art. 48 della L.833/78:  
Organismo \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
Tipo di attività \_\_\_\_\_ Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_;

- 1) svolgere – non svolgere funzioni di medico di fabbrica o di medico competente ai sensi della L.626/93:  
Azienda \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- 2) svolgere – non svolgere per conto dell'INPS o dell'Azienda di iscrizione funzioni fiscali nell'ambito del quale può acquisire scelte:  
Azienda \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- 3) fruire / non fruire del trattamento ordinario o per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 14/10/76 del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale:  
dal \_\_\_\_\_;
- 4) svolgere / non svolgere altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate:  
tipo di attività \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- 13) essere / non essere titolare di incarico nella medicina dei servizi o nelle attività territoriali programmate  
Azienda \_\_\_\_\_ tipo di attività \_\_\_\_\_ ore sett. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- 14) operare / non operare a qualsiasi titolo per conto di qualsiasi altro soggetto pubblico oltre alle ipotesi sopra evidenziate, esclusa attività di docenza e formazione in medicina generale comunque prestata  
Soggetto pubblico \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
Tipo di rapporto di lavoro \_\_\_\_\_  
Tipo di attività \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- 15) essere / non essere titolare di trattamento di pensione:  
\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- 16) fruire / non fruire del trattamento di adeguamento automatico della retribuzione o della pensione alle variazioni del costo della vita:  
soggetto erogatore dell'adeguamento \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_.

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Data

Firma (2) \_\_\_\_\_

(1) ai sensi dell'art. 76 comma 1 del D.P.R. 445/00 "chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma falsità in atti o ne fa uso nei casi previsti dal presente Testo Unico è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia".

(2) ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. 445/00 la dichiarazione di atto notorio è inviata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.