

Racc. A.R.**DOMANDA D'INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA valevole per l'Anno 2019***Medici Specialisti Ambulatoriali, Veterinari e altre Professionalità (Biologi, Chimici e Psicologi) ai sensi dell'art.17 dell'A.C.N. del 17/12/2015* (**termine invio domanda: dal 1° al 31 gennaio 2018**) **Primo inserimento** **Aggiornamento**I sottoscritt Dott.(cognome) _____ (nome) _____ M F

Nato il _____ a _____ (Prov. _____)

Codice Fiscale:																				
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Indirizzo Via/Piazza/Corso _____ n° _____

Comune di residenza _____ (Prov. _____) Cap _____

Telefono _____

e-mail _____ PEC _____

chiede di essere incluso nella graduatoria valevole per l'anno 2019 dei **MEDICI SPECIALISTI ed ODONTOIATRI** *Branca* _____ **MEDICI VETERINARI:** *(Barrare l'Area che interessa)*Area **Sanità Animale**Area **Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli Alimenti di origine animale e loro derivati**Area **Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche** **BIOLOGI** **CHIMICI** **Professionisti PSICOLOGI** **Professionisti PSICOTERAPEUTI***(presentazione domanda entro 31/01/2016)* relativa alla provincia di **FROSINONE** nel cui ambito territoriale intende ottenere incarico ambulatoriale n.b. trasmettere una domanda per ogni disciplina

A tal fine acclude alla presente la seguente documentazione:

 autocertificazione relativa ai requisiti e titoli valutabili ai fini della graduatoria; fotocopia del documento di identità in corso di validità datato e firmato; consenso al trattamento dei dati personali _____

Chiede, inoltre, che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

 indirizzo di Posta Elettronica indicato la propria residenza il domicilio seguente: Via/Piazza/Corso _____ n° _____ Cap _____

Comune _____ (Prov. _____)

Data _____

Firma per esteso leggibile _____

AVVERTENZE IMPORTANTI1) Ai sensi dell'art. 15, L. n°183 del 12/11/2011, in vigore dal 1°/01/2012, non occorre allegare certificazioni rilasciate dalla pubblica amm.ne in ordine a stati, qualità personali e fatti, attestabili con la certificazione sostitutiva prodotta dall'interessato;

2) Ai fini dell'attribuzione del punteggio, la dichiarazione redatta dall'interessato deve essere tale da poterne consentire la valutazione e non si terrà conto di quella dalla quale non è possibile dedurre i dati di valutazione;

3) La domanda – in regola con le norme vigenti in materia di imposta di bollo – **spedita a mezzo Raccomandata A.R. al competente ufficio del Comitato Zonale – Via A.Fabi s.n.c. 03100 Frosinone**, deve essere già sottoscritta dall'interessato ed accompagnata dalla fotocopia non autenticata di un documento d'identità in corso di validità, datato e firmato.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO

ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Allegata alla domanda di inserimento nella graduatoria 2017, ai sensi dell'art. 17 ACN 17/12/2015

Il/la sottoscritto/a /Dott. _____, nato il _____

a _____ Codice Fiscale _____

Comune di residenza.....(prov.....)

Indirizzon.....Cap.....

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445

Dichiara, ai sensi e agli effetti del T.U. 445/2000 e successive modificazioni:

di essere cittadino italiano;

di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE (specificare).....

1 di possedere il diploma di laurea (DL) la laurea specialistica (LS) della classe corrispondente in

medicina e chirurgia odontoiatria e protesi dentaria,

medicina veterinaria biologia chimica psicologia,

• diploma di laurea **con voto** ____/110 **senza lode** **con lode**

conseguito/a presso l'Università di _____ in data ____/____/____

• laurea specialistica/magistrale **con voto**/100 **senza lode** **con lode**

conseguita presso l'Università di _____ in data ____/____/____

2 di essere **abilitato all'esercizio** della professione di:

medico chirurgo odontoiatra medico veterinario

biologo chimico psicologo

nella sessione. _____ presso l'Università di _____

3 di essere iscritto **all'Albo professionale** dei

medici chirurghi presso l'Ordine di. _____ dal _____

degli odontoiatri presso l'Ordine di. _____ dal _____

dei medici veterinari presso l'Ordine di. _____ dal _____

dei biologi dei chimici degli psicologi presso l'Ordine di _____ dal _____

4 di essere in possesso delle seguenti **specializzazioni**:

a. in _____ conseguita il...../...../.....presso
l'Università di. _____ con voto..... senza lode con lode

b. in _____ conseguita il...../...../.....presso
l'Università di. _____ con voto..... senza lode con lode

c. in _____ conseguita il...../...../.....presso
l'Università di. _____ con voto..... senza lode con lode

d. in _____ conseguita il...../...../.....presso
l'Università di. _____ con voto..... senza lode con lode

5 di essere in possesso del **titolo di**:

(n.b. per gli psicologi è titolo valido anche la psicoterapia riconosciuta ai sensi degli artt. 3 e 35 della legge n.56/89) come di seguito dichiarato:

• Psicoterapia riconosciuta **ex art. 35 legge 56/89** autorizzazione dall'Ordine degli Psicologi della Regione il/...../.....

• Psicoterapia conseguita **ex art. 3 legge 56/89** il/...../.....

con voto/..... senza lode con lode

presso l'Istituto riconosciuto: di.....

(prov.) Via/P.za..... n..... tel.

6 **di** **avere** / **non avere** subito provvedimenti disciplinari da parte delle competenti Commissioni di Disciplina previste dall'attuale o dai precedenti Accordi.

di **essere** / **non essere** soggetto ad alcun provvedimento restrittivo di natura disciplinare comminato

dall'Ordine.....

In caso affermativo specificare il provvedimento disciplinare:

.....

.....

Dichiara altresì:

-**di non fruire** del trattamento per invalidità permanente da parte del Fondo di Previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale;

-**di non fruire** di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;

-**di non essere** titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario con massimale orario pari a 38 ore settimanali;

N.B. La dichiarazione informativa prevista dall'Allegato B del vigente Accordo Collettivo Nazionale finalizzata all'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità che vietano e/o limitano l'esercizio dell'attività specialistica ambulatoriale, dovrà essere presentata successivamente, unitamente alla comunicazione di disponibilità all'accettazione dell'incarico ambulatoriale conferito a qualsiasi titolo.

- di avere effettuato sostituzioni, incarichi provvisori e a tempo determinato in qualità di

“ **specialista ambulatoriale**” nella branca di

a favore di Aziende Sanitarie e altre Istituzioni Pubbliche (Inps, Inail, Ministero della Difesa, SASN ecc.) che applicano le norme del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, medici veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali (0,003 per ciascuna ora lavorata) indicare il servizio svolto fino al 31.12.17

attenzione: non dichiarare altre attività svolte quali incarichi di dipendenza ovvero incarichi di consulenza, contratti libero professionali, ecc.

Branca ASL anno ore tot. annuo.....
 Branca ASL anno ore tot. annuo.....
 Branca ASL anno ore tot. annuo.....
 Branca ASL anno ore tot. annuo.....
 Branca ASL anno ore tot. annuo.....
 Branca ASL anno ore tot. annuo.....
 Branca ASL anno ore tot. annuo.....
 Branca ASL anno ore tot. annuo.....
 Branca ASL anno ore tot. annuo.....
 Branca ASL anno ore tot. annuo.....
 Branca ASL anno ore tot. annuo.....

(specificare un totale ore annuo per ogni ASL o altro Ente):

- di aver effettuato AL DI FUORI DELL'ORARIO DI SERVIZIO attività esterna ai sensi dell'art. 30 comma 5 vigente ACN, nella misura di seguito indicata:

N.B. è valutabile esclusivamente l'attività svolta a decorrere dall'anno 2014.

Branca attività esterna fuori orario servizio ASL anno 201.... tot ore
 Branca attività esterna fuori orario servizio ASL anno 201.... tot ore
 Branca attività esterna fuori orario servizio ASL anno 201.... tot ore
 Branca attività esterna fuori orario servizio ASL anno 201.... tot ore
 Branca attività esterna fuori orario servizio ASL anno 201.... tot ore
 Branca attività esterna fuori orario servizio ASL anno 201.... tot ore
 Branca attività esterna fuori orario servizio ASL anno 201.... tot ore

(Per accelerare le procedure di verifica sulla veridicità di quanto dichiarato è possibile allegare copia fotostatica di certificati di servizio)

N.B. In caso di attività svolta in ALTRE REGIONI, indicare con precisione l'amministrazione competente, indirizzo completo e telefono; elementi obbligatori ai fini dell'accertamento sulla veridicità della dichiarazione prodotta (così come previsto all'art. 43, comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.):

AUSL _____ Via _____ n° _____ CAP _____ Comune _____

Recapiti telefonici: _____

AUSL _____ Via _____ n° _____ CAP _____ Comune _____

Recapiti telefonici: _____

AUSL _____ Via _____ n° _____ CAP _____ Comune _____

Recapiti telefonici: _____

NOTE (1)

.....
.....
.....
(1) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste e/o per fornire ulteriori notizie.

ATTENZIONE

La domanda -in regola con le norme vigenti in materia di imposta di bollo- spedita a mezzo raccomandata A.R. al competente ufficio del Comitato Zonale, deve essere trasmessa già sottoscritta dall'interessato ed accompagnata da fotocopia, non autenticata, di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale, come richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i., nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, afferma che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero.

(data)

(firma per esteso)

Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 10 della legge 31 dicembre 1996, n. 675 e succ. modif. integ., La informiamo di quanto segue:

1. Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento, da parte dell'ufficio competente, della formazione della graduatoria cui la S.V. ha presentato domanda.
2. Il trattamento viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici e/o cartacei;
3. Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, in caso di rifiuto, Ella non potrà essere inserito nella graduatoria di cui trattasi;
4. I dati personali necessari al procedimento saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione e sul sito istituzionale di questa ASL;
5. L'art. 13 della citata legge Le conferisce l'esercizio di specifici diritti in relazione al trattamento dei dati personali;
6. Titolare del trattamento dei dati è il Direttore Generale della Azienda Sanitaria Locale di Frosinone - Via Armando Fabi s.n.c. (03100) Frosinone .

(data)

(firma per esteso)