

Racc. A.R.

AUSL-FR Via A. Fabi snc 03100 FROSINONE

DOMANDA D'INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA – Anno 2016

Medici Specialisti Ambulatoriali, Veterinari e altre Professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi e Psicoterapeuti) ai sensi dell'art. 21 dell'A.C.N. del 29.7.2009 (**termine invio domanda: dal 1° al 31 gennaio 2015**)

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 _____

chiede di essere incluso nella graduatoria valevole per l'anno 2016 dei

-secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali, medici veterinari ed altre professionalità (Biologi – Chimici – Psicologi, ex art. 8 del D.L.vo n.502/92 e successive modificazioni-

- MEDICI SPECIALISTI ed ODONTOIATRI** *Branca* _____
- BIOLOGI** **CHIMICI** **PSICOLOGI:** **PSICOLOGIA** **PSICOTERAPIA**
- MEDICI VETERINARI:**
- Sanità Animale**
- Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli Alimenti di origine animale e loro derivati**
- Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche**

(Barrare l'Area che interessa)

(presentazione domanda entro 31/01/2015) 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 informativa;
- 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 IMPORTANTI

- 1) 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.

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Allegata alla domanda di inserimento nella graduatoria 2016, ai sensi dell'art. 21 ACN 29/7/2009

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

a _____ Codice Fiscale _____

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

1. di **essere laureato** in: medicina e chirurgia odontoiatria e protesi dentaria,
 medicina veterinaria, biologia, chimica, psicologia,
in data ____/____/____ **votazione** ____/110 **lode**

conseguito/a presso l'Università di _____

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**:

- in _____ conseguita il _____
presso l'Università di _____ con voto _____
- in _____ conseguita il _____
presso l'Università di _____ con voto _____
- in _____ conseguita il _____
presso l'Università di _____ con voto _____
- in _____ conseguita il _____
presso l'Università di _____ con voto _____

5. di avere / non avere (1) subito provvedimenti disciplinari da parte delle competenti Commissioni di Disciplina previste dall'attuale o dai precedenti Accordi.

di essere / non essere (1) soggetto ad alcun provvedimento restrittivo di natura disciplinare comminato dall'Ordine _____ In caso affermativo, specificare il provvedimento disciplinare: _____

6. di essere nella seguente posizione :

- a) avere / non avere (1) un rapporto di lavoro subordinato presso qualsiasi ente pubblico o private con divieto di libero esercizio professionale
- b) svolgere / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale convenzionato
- c) essere / non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici pediatri di libera scelta
- d) esercitare / non esercitare (1) la professione medica con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfetariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio sanitario nazionale e che non adottino le clausole normative ed economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale
- e) operare / non operare (1) a qualsiasi titolo in case di cura convenzionate o accreditate con il S.S.N. (in caso affermativo, specificare l'Azienda _____)
- f) svolgere / non svolgere (1) attività fiscali per conto di Aziende (in caso affermativo indicare l'Azienda _____)
- g) essere / non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.Lvo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni

- h) essere / non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lvo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni
- i) operare / non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti o istituzioni private convenzionate o accreditate con le aziende per l'esecuzione di prestazioni specialistiche effettuate in regime di autorizzazione sanitaria ai sensi dell'art. 43 della legge n. 833/78 e dell'art. 8-ter del D.L.vo n. 229/99;
- l) essere / non essere (1) titolare di incarico nei servizi di guardia medica ai sensi del D.P.R. n.292/87 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni
- m) percepire / non percepire (1) indennità di rischio in base ad altro rapporto lavorativo (in caso di risposta affermativa indicare il tipo di attività svolta _____ e la misura dell'indennità percepita _____).

7. di avere effettuato SI NO **sostituzioni, incarichi provvisori e a tempo determinato nella branca principale / area prof.le _____ a favore di Aziende Sanitarie e altre Istituzioni Pubbliche (Inps, Inail, Ministero della Difesa, SASN, etc) che applicano le norme dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti ambulatoriali interni, Medici Veterinari ed altre professionalità sanitarie (Biologi, Chimici, Psicologi) ambulatoriali del 23/3/2005 e s.m.i. (0,003 per ciascuna ora lavorata)**

N.B.: Ai fini del punteggio sono validi esclusivamente gli incarichi sopraindicati – non dichiarare altre attività svolte in regime di dipendenza (anche se a tempo determinato) presso strutture pubbliche, private e/o accreditate, contratti, consulenze, co.co.co o altro) e l'attività esterna è valutabile solo se effettuata al di fuori dell'orario di servizio a decorrere esclusivamente dall'anno 2014 (art.32 comma 6 vigente ACN)

<input type="checkbox"/> BRANCA Specialistica	presso (2)	ore totali	dal	al
<input type="checkbox"/> AREA Professionale				
..... (giorno / mese / anno )	..... ( giorno / mese / anno)
..... (giorno / mese / anno )	..... ( giorno / mese / anno)
..... (giorno / mese / anno )	..... ( giorno / mese / anno)
..... (giorno / mese / anno )	..... ( giorno / mese / anno)
..... (giorno / mese / anno )	..... ( giorno / mese / anno)
..... (giorno / mese / anno )	..... ( giorno / mese / anno)
..... (giorno / mese / anno )	..... ( giorno / mese / anno)
..... (giorno / mese / anno )	..... ( giorno / mese / anno)
..... (giorno / mese / anno )	..... ( giorno / mese / anno)
..... (giorno / mese / anno )	..... ( giorno / mese / anno)

Riscontro Totale Generale Anno: _____
ore totali: _____

(Se lo spazio è insufficiente, fotocopiare il prospetto e allegarlo alla domanda)
(Per facilitare le procedure di verifica sulla veridicità di quanto dichiarato, è possibile allegare copie fotostatiche dei certificati di servizio)

In caso di attività svolta, indicare indirizzo completo e n° telefonico dell'amm.ne di riferimento, elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni utili ad accertare la veridicità della dichiarazione prodotta, così come previsto dall'art. 15, c.2, della L. 183/2011 " Le amm.ni pubbliche e i gestori di pubblici servizi sono tenuti ad acquisire d'ufficio le informazioni oggetto delle dichiarazioni sostitutive di cui agli arti 46 e 47 nonché tutti i dati ed i documenti che siano in possesso delle pubbliche amm.ni, previa indicazione, da parte dell'interessato, degli elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni o dei dati richiesti..... »:

AUSL _____ Via _____ n° _____ CAP _____ Comune _____ () TEL _____

AUSL _____ Via _____ n° _____ CAP _____ Comune _____ () TEL _____

AUSL _____ Via _____ n° _____ CAP _____ Comune _____ () TEL _____

AUSL _____ Via _____ n° _____ CAP _____ Comune _____ () TEL _____

NOTE (3)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale, come richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, afferma che quanto precede corrisponde al vero.

Data..... Firma per esteso.....

- (1) **cancellare la parte che non interessa**
- (2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme del presente Accordo
- (3) Spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.

Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 ed in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo di quanto segue::

1. Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento, da parte di questo Comitato Zonale, 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, la S.V. non potrà essere inserita nella graduatoria di cui trattasi;
4. I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio;
5. L'art. 7 del citato D.Lgs. 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 Frosinone Via A. Fabi snc 03100 FROSINONE.

AUTORIZZA **NON AUTORIZZA**

Data..... Firma per esteso.....