

**Racc. A.R.****DOMANDA D'INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA – Anno 2018**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 2017**) **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 2018 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 31/01/2017) 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. a: ASL Frosinone 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 2018, ai sensi dell'art. 17 ACN 17/12/2015

Il/la sottoscritto/a /Dott. \_\_\_\_\_, nato il

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Codice Fiscale

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

Indirizzo .....n.....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, è rinviata al momento della 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 31.12.16**

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



**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;
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)