

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA ANNO 2025

ART. 19 ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE DEL 31.3.2020 PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON GLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI (MEDICI ED ODONTOIATRI), VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITA' SANITARIE AMBULATORIALI (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI) E SS.MM.II.

LA PRESENTE DOMANDA E' VALIDA PER L'INCLUSIONE IN UNA SINGOLA BRANCA/AREA

NEL CASO L'INTERESSATO ABBA TITOLO PER L'INCLUSIONE IN PIÙ GRADUATORIE, OCCORRE PRESENTARE SPECIFICHE DOMANDE SEPARATE

Primo inserimento

Aggiornamento



All'Azienda Sanitaria di Matera

Ufficio Specialistica Ambulatoriale

PEC: asmbasilicata@cert.ruparbasilicata.it

(Si prega di compilare la domanda in stampatello)

l sottoscritt _____ nat_ il _____
a _____ (prov. _____) C.F. _____
Comune di residenza _____ (prov. _____)
indirizzo _____ n. _____ CAP _____
telefono _____ e-mail _____

chiede di essere inclus_ nella graduatoria dei:

- medici specialisti: branca _____
- odontoiatri
- medici veterinari: area _____
- biologi
- chimici
- psicologi
- psicoterapeuti

a valere per l'anno 2025 relativamente al territorio dell'Azienda Sanitaria di Matera, nell'ambito del quale intende ottenere incarico.

A tal fine acclude autocertificazione, relativa ai requisiti ed ai titoli valutabili ai fini della graduatoria.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso il seguente indirizzo PEC:

Data _____ Firma per esteso _____

AUTOCERTIFICAZIONE

ai sensi dell'art. 46 (dichiarazioni sostitutive di certificazione)
e dell'art. 47 (dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà) del DPR n. 445/2000

AI SENSI DEL DPR N. 445/2000 L'AMMINISTRAZIONE E' TENUTA AD EFFETTUARE IDONEI CONTROLLI SULLA VERIDICITA' DELLE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE RESE (ART. 71) CON LE MODALITA' DI CUI ALL'ART. 43 (ACCERTAMENTO D'UFFICIO)

(Si prega di compilare in stampatello)

l sottoscritt_ _____ nat_ il _____

a _____ (prov. _____) C.F. _____

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 DPR n. 445/2000

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti del DPR n. 445/2000 e successive modificazioni

- di essere cittadino italiano
 di essere cittadino del seguente altro Paese appartenente alla UE _____
 di essere cittadino del seguente Stato _____ ed in possesso di uno dei requisiti di cui all'art. 38, commi 1 e 3bis del D.Lgs. n. 165/2001 e ss.mm.ii.
- di possedere il diploma di laurea ovvero la laurea specialistica o magistrale della classe corrispondente in:
 medicina e chirurgia odontoiatria e protesi dentaria medicina veterinaria scienze biologiche chimica psicologia
conseguito/a presso l'Università di _____
sede di _____ in data _____
con voto _____/110 senza lode con lode
con voto _____/100 senza lode con lode
- di essere abilitato all'esercizio della professione di _____
(medico chirurgo - odontoiatra - medico veterinario - biologo - chimico - psicologo) nella sessione _____ presso l'Università di _____
- di essere iscritto all'Albo professionale dei/degli _____

(medici chirurghi - odontoiatri - medici veterinari - biologi - chimici - psicologi) presso l'Ordine provinciale regionale nazionale di _____ dal _____

5. di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:

Per la specializzazione in psicoterapia riconosciuta ai sensi dell'art. 35 della legge 56/1989 occorre specificare l'Ordine presso il quale è stata riconosciuta ed il provvedimento (numero e data)

Ordine _____ numero e data del provvedimento _____

_____ conseguita il ____/____/____

presso l'Università/Scuola di _____ con voto _____ senza lode con lode

_____ conseguita il ____/____/____

presso l'Università/Scuola di _____ con voto _____ senza lode con lode

_____ conseguita il ____/____/____

presso l'Università/Scuola di _____ con voto _____ senza lode con lode

_____ conseguita il ____/____/____

presso l'Università/Scuola di _____ con voto _____ senza lode con lode

ovvero - per la branca di cure palliative - della certificazione regionale attestante l'esperienza triennale nella rete delle cure palliative, secondo quanto previsto dall'articolo 1, comma 522, della Legge 30 dicembre 2018, n.145, rilasciata dalla Regione _____ il ____/____/____

N.B. indicare sempre: l'Università/Scuola di specializzazione presso la quale si è conseguita la specializzazione con indirizzo completo e telefono, elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni utili ad accertare la veridicità della dichiarazione prodotta (art. 43 DPR 445/2000); non saranno valutate le dichiarazioni non complete o imprecise.

Università/Scuola: _____ via _____

CAP _____ Città _____ tel. _____

Università/Scuola: _____ via _____

CAP _____ Città _____ tel. _____

Università/Scuola: _____ via _____

CAP _____ Città _____ tel. _____

Università/Scuola: _____ via _____

CAP _____ Città _____ tel. _____

IN CASO DI SPECIALIZZAZIONE CONSEGUITA ALL'ESTERO:

dichiara che la stessa è stata riconosciuta con DM n. _____ in data _____

6. 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;

7. di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente (tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle

“quote A e B” del fondo di previdenza generale dell’ENPAM e degli altri enti previdenziali, ove previsto, o che fruiscono dell’Anticipo della Prestazione Previdenziale - APP);

8. di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale (medico o odontoiatra), veterinario o altro professionista sanitario ambulatoriale (biologo, chimico, psicologo);

9. di aver svolto (dopo il conseguimento del titolo valido per l’inclusione nella graduatoria) attività professionale specialistica ambulatoriale nella seguente branca specialistica o area professionale per cui si partecipa, come sostituto, incaricato provvisorio, incaricato a tempo determinato o incaricato a tempo indeterminato cessato (indicare il servizio svolto fino al 31 dicembre 2024 - non è valutabile il servizio effettuato precedentemente al 2 ottobre 2000) presso Aziende sanitarie ed altre Istituzioni pubbliche che applicano le norme del vigente ACN sopra citato (INPS, INAIL, Ministero della Difesa, SASN, ecc):

Branca specialistica o area professionale _____

Tipo di incarico SOSTITUTO PROVVISORIO T. DETERMINATO T. INDETERMINATO CESSATO

Presso Azienda sanitaria/altra Istituzione pubblica _____

via _____ n. _____ CAP _____ Comune _____ (prov. ____)

tel. _____ dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa) per

totale complessivo ORE e MINUTI (espressi in sessantesimi) effettivamente svolte nel periodo

N. ORE _____ E MINUTI _____

Branca specialistica o area professionale _____

Tipo di incarico SOSTITUTO PROVVISORIO T. DETERMINATO T. INDETERMINATO CESSATO

Presso Azienda sanitaria/altra Istituzione pubblica _____

via _____ n. _____ CAP _____ Comune _____ (prov. ____)

tel. _____ dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa) per

totale complessivo ORE e MINUTI (espressi in sessantesimi) effettivamente svolte nel periodo

N. ORE _____ E MINUTI _____

Branca specialistica o area professionale _____

Tipo di incarico SOSTITUTO PROVVISORIO T. DETERMINATO T. INDETERMINATO CESSATO

Presso Azienda sanitaria/altra Istituzione pubblica _____

via _____ n. _____ CAP _____ Comune _____ (prov. ____)

tel. _____ dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa) per

totale complessivo ORE e MINUTI (espressi in sessantesimi) effettivamente svolte nel periodo

N. ORE _____ E MINUTI _____

Branca specialistica o area professionale _____

Tipo di incarico SOSTITUTO PROVVISORIO T. DETERMINATO T. INDETERMINATO CESSATO

Presso Azienda sanitaria/altra Istituzione pubblica _____

via _____ n. _____ CAP _____ Comune _____ (prov. ____)

tel. _____ dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa) per

totale complessivo ORE e MINUTI (espressi in sessantesimi) effettivamente svolte nel periodo

N. ORE _____ E MINUTI _____

Branca specialistica o area professionale _____

Tipo di incarico SOSTITUTO PROVVISORIO T. DETERMINATO T. INDETERMINATO CESSATO

Presso Azienda sanitaria/altra Istituzione pubblica _____

via _____ n. _____ CAP _____ Comune _____ (prov. ____)

tel. _____ dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa) per

totale complessivo ORE e MINUTI (espressi in sessantesimi) effettivamente svolte nel periodo

N. ORE _____ E MINUTI _____

Branca specialistica o area professionale _____

Tipo di incarico SOSTITUTO PROVVISORIO T. DETERMINATO T. INDETERMINATO CESSATO

Presso Azienda sanitaria/altra Istituzione pubblica _____

via _____ n. _____ CAP _____ Comune _____ (prov. ____)

tel. _____ dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa) per

totale complessivo ORE e MINUTI (espressi in sessantesimi) effettivamente svolte nel periodo

N. ORE _____ E MINUTI _____

In mancanza di spazio è possibile allegare alla domanda una dichiarazione su carta semplice

NB: Non saranno valutate le dichiarazioni incomplete o imprecise; ciò comporterà la non attribuzione dei relativi punteggi. Vanno indicati esattamente il numero delle ore di attività svolte, il periodo di svolgimento e l'Azienda/Ente di riferimento. Si precisa che per numero di ore si intendono le ore effettivamente lavorate nel corso dell'incarico ottenuto: non sarà presa in considerazione, quindi, la sola indicazione dell'orario settimanale, con la conseguente NON attribuzione di alcun punteggio. Non sono valutabili le ore di attività effettuate con contratto libero professionale o di dipendenza, ovvero le attività non regolate dall'ACN per gli specialisti ambulatoriali interni: la loro inclusione nella domanda costituisce dichiarazione falsa. Indicare sempre la struttura presso la quale si è prestata o si presta attività lavorativa con indirizzo completo e telefono, elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni utili ad accertare la veridicità della dichiarazione prodotta (art. 43 DPR 445/2000).

10. di essere non essere (1) disponibile per incarichi provvisori, a tempo determinato o per sostituzioni.

sottoscritt_ dichiara, altresì, ai sensi e per gli effetti del DPR n. 445/2000 e successive modificazioni, con riferimento alle incompatibilità di cui all'art. 27 del vigente ACN sopra citato:

- a. di essere / non essere (1) titolare di ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;
- b. di essere / non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionale con il SSN ai sensi del DPR 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;
- c. di esercitare / non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
- d. di essere / non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
- e. di svolgere / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;
- f. di svolgere / non svolgere (1) attività di medico pediatra di libera scelta;
- g. di essere / non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale (medico o odontoiatra), veterinario o altro professionista ambulatoriale (biologo, chimico, psicologo);
- h. di essere / non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale (medico o odontoiatra), veterinario o altro professionista ambulatoriale (biologo, chimico, psicologo);
- i. di esercitare / non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo, retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al SSN che non adottino le clausole economiche dell'ACN, che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e che si configuri un conflitto di interessi (in caso affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività _____);
- j. di svolgere / non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;
- k. di fruire / non fruire (1) 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;
- l. di operare / non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il SSN (in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività _____);
- m. di essere / non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal DPR n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;
- n. di essere / non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;
- o. di fruire / non fruire (1) di trattamento di quiescenza.

 sottoscritt_ dichiara, inoltre, ai sensi e per gli effetti del DPR n. 445/2000 e successive modificazioni, di:

- avere / non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'ACN (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data ed eventuale durata _____)

- _____;
- essere / non essere (1) soggetto a provvedimento restrittivo di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei/degli _____ di _____
(in caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e l'eventuale durata in caso di sospensione dall'Albo _____);
 - avere / non avere (1) riportato condanne penali definitive e di avere / non avere (1) procedimenti penali pendenti;
 - percepire / non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta _____ e la misura dell'indennità percepita _____).

(1) cancellare la parte che non interessa.

_ _ sottoscritt_ dichiara, infine,

- che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero, consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere potranno essere adottate sanzioni penali (v. art. 76 del DPR n. 445/2000) e non avrà effetto il beneficio conseguito (v. art. 75 del DPR 445/2000);
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR 2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento;
- di avere assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00 dovuta, tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo sul cartaceo del documento trattenuto presso il/la sottoscritto/a;
- di conservare l'originale della domanda con apposta la marca da bollo per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione richiedente;
- di avere preso visione dell'informativa relativa a modalità e termini di presentazione della domanda.

Data _____ Firma per esteso _____

N.B. La domanda/autocertificazione deve essere sottoscritta e trasmessa unitamente a copia non autenticata del documento di identità in corso di validità.

Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 Regolamento EU/2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, l' Azienda Sanitaria Locale di Matera, con sede legale in Matera, Via Montescaglioso, in qualità di Titolare del trattamento, La informa che i dati personali sono raccolti in relazione alla procedura di formazione delle graduatorie annuali per aspiranti specialisti ambulatoriali interni, cui Lei partecipa su Sua istanza.

Per le finalità espresse nella presente informativa, saranno trattati solo dati personali e dati particolari, come meglio specificato, per ottemperare agli obblighi contrattuali e normativi, nell'ambito della procedura di formazione delle graduatorie annuali per aspiranti specialisti ambulatoriali interni, oltre che per ottemperare ad eventuali norme nazionali o dell'Unione Europea che dovessero impattare sulla gestione di tale procedura.

Finalità del trattamento: le finalità del trattamento sono l'esecuzione dell'ACN di settore vigente per la formazione delle graduatorie annuali per aspiranti specialisti ambulatoriali interni e delle normative connesse.

Conservazione: i dati forniti saranno conservati per il tempo necessario al perseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti e successivamente, per il tempo previsto dalle disposizioni normative e regolamentari vigenti applicabili. Il trattamento è effettuato sia con strumenti cartacei che elettronici, nel rispetto delle misure di sicurezza indicate dal Regolamento EU/2016/679 e dal D.lgs 196/2003 e ss.mm.ii. I dati verranno conservati nell'ottica della massima tutela della riservatezza e dell'integrità dei medesimi, non solo nella fase di conservazione, ma anche durante le fasi di trattamento.

Il mancato conferimento dei Suoi dati per la presente finalità ha come conseguenza l'impossibilità di inclusione nelle graduatorie di cui trattasi.

Diffusione: i dati non saranno diffusi.

Destinatari: i dati forniti saranno trattati esclusivamente da persone autorizzate al trattamento ed opportunamente istruite. I dati potranno altresì essere comunicati a Enti Pubblici o Privati, ma esclusivamente al fine di adempiere ad obblighi contrattuali, di legge, regolamento o normativa comunitaria. L'elenco aggiornato con gli estremi identificativi di tutti i Responsabili del Trattamento, potrà essere da Lei richiesto in qualunque momento al Titolare, che provvederà immediatamente a renderlo disponibile.

Diritti dell'interessato: Artt. 15, 16, 17, 18, 20, 21 del Regolamento EU/2016/679 (GDPR).

Lei può esercitare nei confronti del Titolare del trattamento i diritti previsti dagli artt. 15 e seguenti del GDPR e, segnatamente, il diritto di accesso ai dati personali, di rettifica, di cancellazione "diritto all'oblio", di limitazione di trattamento, di portabilità dei dati e di opposizione in qualsiasi momento al trattamento dei dati personali che La riguardano.

Ai sensi dell'art. 77 del Regolamento, Le è riconosciuto il diritto di proporre reclamo ad un'autorità di controllo, segnatamente nello Stato membro in cui risiede abitualmente, lavora, oppure nel luogo ove si è verificata la presunta violazione.

Inoltre Lei può richiedere di conoscere gli estremi identificativi degli amministratori di sistema nominati e dei gestionali all'interno dei quali sono presenti i dati di Sua competenza.

Io sottoscritt _____ dichiaro di aver ricevuto l'informativa relativa ai trattamenti legati alla gestione del procedimento di formazione delle graduatorie annuali per aspiranti specialisti ambulatoriali interni ed alle conseguenti attività organizzative e amministrative.

Data _____ Firma per esteso _____