

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
AGLI INCARICHI A TEMPO INDETERMINATO DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE
PUBBLICATI PER IL II TRIMESTRE 2025**

ART. 21 ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE DEL 04.04.2024 PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON GLI SPECIALISTI
AMBULATORIALI INTERNI, VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITA' SANITARIE AMBULATORIALI (BIOLOGI, CHIMICI,
PSICOLOGI) E SS.MM.II.

All'Azienda Sanitaria di Matera
Ufficio Specialistica Ambulatoriale
PEC: asmbasilicata@cert.ruparbasilicata.it

(Si prega di compilare la domanda in stampatello)

I sottoscritt_ _____
nat_ il _____ a _____ (prov. _____) C.F. _____
residente in _____ (prov. _____) alla via _____ n. _____
CAP _____ telefono _____ e-mail _____
PEC _____

laureat_ in _____
presso l'Università di _____ in data _____ con voto _____

specializat_ in _____
presso l'Università/Scuola di _____ in data _____

abilitat_ all'esercizio della professione di _____ ed
iscritt_ all'albo professionale dei _____ in data _____ al n. _____

vista la pubblicazione delle ore disponibili per l'assegnazione di incarichi a tempo indeterminato di
specialistica ambulatoriale per il **II trimestre 2025**, avvenuta con nota prot. n. _____ del _____

CHIEDE

l'assegnazione degli incarichi nella **branca/area** di _____
di seguito riportati in ordine di preferenza:

1. N. ore settimanali _____ presso le sedi di _____

2. N. ore settimanali _____ presso le sedi di _____

3. N. ore settimanali _____ presso le sedi di _____

4. N. ore settimanali _____ presso le sedi di _____

A tal fine dichiara di trovarsi nella seguente posizione, ai sensi dell'**art. 21 comma 6** del citato Accordo Collettivo Nazionale del 04.04.2024 e ss.mm.ii.[criteri di formulazione della graduatoria (barrare la voce che interessa)]:

- ☐ art. 21 comma 6 lett. a) ACN
- ☐ art. 21 comma 6 lett. b) ACN
- ☐ art. 21 comma 6 lett. c) ACN
- ☐ art. 21 comma 6 lett. d) ACN
- ☐ art. 21 comma 6 lett. e) ACN
- ☐ art. 21 comma 6 lett. f) ACN
- ☐ art. 21 comma 6 lett. g) ACN
- ☐ art. 21 comma 6 lett. h) ACN
- ☐ art. 21 comma 6 lett. i) ACN
- ☐ art. 21 comma 6 lett. j) ACN

Dichiara, in particolare,

- ☐ di essere **già titolare di incarico di specialista ambulatoriale a tempo indeterminato**:
per n. ore _____ dal _____ al _____ presso _____
per n. ore _____ dal _____ al _____ presso _____
per n. ore _____ dal _____ al _____ presso _____
per n. ore _____ dal _____ al _____ presso _____
ai sensi dell'art. 21 comma 6 lett. _____) (dalla a alla g) dell'ACN in vigore con anzianità di incarico dal _____ presso _____;
- ☐ di **essere** inserito nella **Graduatoria annuale ASM** vigente della specialistica ambulatoriale – di cui all'art. 19 dell'ACN del 04.04.2024 e ss.mm.ii. – branca/area di _____ per l'anno **2025** alla posizione n. _____ con punti _____ e di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialistica ambulatoriale, ai sensi dell'art. 21 comma 6 lett. h) del citato ACN;
- ☐ di essere in possesso dei requisiti di cui all'art. 19 dell'ACN, ai sensi dell'art. 21 comma 6 lett. i) del vigente ACN;
- ☐ di essere
 - a) medico di medicina generale titolare dal _____ presso _____
 - b) medico pediatra di libera scelta titolare dal _____ presso _____
 - c) medico dipendente del SSN a tempo indeterminato dal _____ presso _____

ai sensi dell'art. 21 comma 6 lett. j) del citato ACN, nonché di essere in possesso del titolo di specializzazione della branca in cui partecipa e **di essere disponibile a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro.**

- ☐ di **non** essere iscritto nella graduatoria annuale ASM vigente della specialistica ambulatoriale di cui all'art. 19 dell'ACN, pertanto di fare domanda di partecipazione alle ore pubblicate a tempo indeterminato, ai sensi dell'art. 21, comma 6, lett i) del vigente ACN;

Ai fini dell'assegnazione di incarichi per i quali sia richiesto, ai sensi dell'art. 21 comma 4 del citato ACN, il possesso di specifiche competenze professionali, _I_ sottoscritt_ dichiara

- di essere in possesso della specifica competenza professionale richiesta, come attestata nell'allegata documentazione;
- che la documentazione allegata in copia è conforme all'originale.
-

I sottoscritt_ dichiara, altresì, con riferimento alle **incompatibilità di cui all'art. 27 del vigente ACN:**

- 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 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;
- d. di svolgere / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;
- e. di svolgere / non svolgere (1) attività di medico pediatra di libera scelta;
- f. di svolgere / non svolgere (1) attività di medico convenzionato INPS;
- 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'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 _____)
_____)
è consentito esclusivamente lo svolgimento dell'attività istituzionale di cui all'ACN e secondo modalità definite a livello regionale;
- 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, 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 fruiscano dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale – APP, di cui all'art. 54 dell'ACN.

 l_ sottoscritt_ dichiara, inoltre, 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 (in caso affermativo precisare la relativa imputazione _____);
- 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.

 l_ sottoscritt_ dichiara, infine,

- ai sensi dell'art. 46 (dichiarazioni sostitutive di certificazione) e dell'art. 47 (dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà) nonché degli artt. 19 e 47 del DPR n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e 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, e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, prevista dall'art. 75 del DPR n. 445/2000, che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero;
- 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.

Data _____ Firma per esteso _____

N.B. La domanda 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 pubblicazione e assegnazione degli incarichi di specialistica ambulatoriale interna, 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 pubblicazione e assegnazione degli incarichi di specialistica ambulatoriale interna, 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 pubblicazione e assegnazione degli incarichi di specialistica ambulatoriale interna 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 assegnazione degli incarichi pubblicati 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 pubblicazione e assegnazione degli incarichi di specialistica ambulatoriale interna ed alle conseguenti attività organizzative e amministrative.

Data _____ Firma per esteso _____