

azienda sanitaria locale
materata

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA

Marca da Bollo di € 16,00

L. 71 del 26.06.2013 art.7- bis, comma 3

COMITATO CONSULTIVO ZONALE EX – ART. 24 –MATERA- VIA MONTESCAGLIOSO - 75100 MATERA

ALLEGATO B

PARTE PRIMA

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA Specialisti Ambulatoriali, Veterinari e altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi)

Art. 21 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali, i veterinari e le altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi)

AL COMITATO ZONALE DI MATERA

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ (prov. ____)
(cognome e nome)

il _____ Sesso: M ___ o F ___ **Codice Fiscale**

Comune di Residenza _____ (Prov. ____) **Indirizzo:** _____ n. ____
Cap. _____ - telefono _____ cell. _____

Recapito Professionale nel Comune di _____ (Prov. ____) **Indirizzo:** _____ n. ____
Cap. _____ - telefono _____ e-mail _____

CHIEDE di essere incluso nella graduatoria

- 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 smi. (Branca Specialistica)

- di _____ per medici specialisti ed odontoiatri
- di _____ per medici veterinari
- di _____ per biologi
- di _____ per chimici
- di _____ per gli psicologi (disciplina di psicologia o psicoterapia)

a valere per l'anno _____ relativa alla provincia di **MATERA** nel cui ambito territoriale intende ottenere l'incarico.

A tal fine acclude alla presente la seguente documentazione:

- a) autocertificazione informativa;
- b) n. _____ documenti relativi ai titoli in suo possesso, valutabili ai fini della graduatoria predetta e specificati nel prospetto interno (numerati con dichiarazione firmata di conformità agli originali).
- c) copia fotostatica di un documento di riconoscimento*
- d) altro: _____

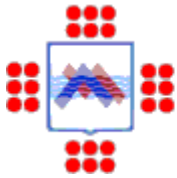
Inoltre, chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

la propria residenza; il recapito Professionale sopraindicato; il sottoindicato domicilio:
_____ n. _____ Comune _____ (Prov. ____) Cap. _____

Data _____ **Firma per esteso** _____

Avvertenze importanti:

- I documenti comprovanti il possesso dei titoli dichiarati devono essere in regola con le norme sull'imposta di bollo e le disposizioni di legge vigenti.
- Ai fini dell'attribuzione del relativo punteggio, la documentazione allegata 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 o di quella mancante rispetto a quanto dichiarato dall'aspirante.
- *Se la domanda è presentata personalmente al competente Ufficio del Comitato Zonale (via Montescaglioso – 75100 – Matera), la firma deve essere apposta all'atto della sua presentazione, avanti al dipendente addetto a riceverla. Se, viceversa, la domanda è presentata da un terzo o inviata per posta, deve essere già sottoscritta dall'interessato ed accompagnata dalla fotocopia non autenticata di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.



azienda sanitaria locale
materata

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA

COMITATO CONSULTIVO ZONALE EX – ART. 24 –MATERA- VIA MONTESCAGLIOSO - 75100 MATERA

ALLEGATO B

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ (prov. ____)
(cognome e nome)

il _____ Sesso: M ___o F___ **Codice Fiscale**

Comune di Residenza _____ (Prov. ____) **Indirizzo:** _____ n.____
Cap. _____ - telefono _____ cell. _____

Recapito Professionale nel Comune di _____ (Prov. ____) **Indirizzo:** _____ n.____
Cap. _____ - telefono _____ e-mail _____

Dichiara, ai sensi ed agli effetti della legge n. 15/68 e s.m.i.

1. di possedere il diploma di laurea (DL) ovvero la laurea specialistica (LS) della classe corrispondente in _____ (medicina e chirurgia o odontoiatria e protesi dentaria, o medicina veterinaria, o biologia, o chimica, o psicologia) con voto _____/110 (DL) _____/ 100 (LS) conseguito/a presso l'Università di _____ in data _____
2. di essere abilitato all'esercizio della professione di _____ (medico e chirurgo o odontoiatra, o medico veterinario, o biologo, o chimico, o psicologo) nella sessione _____ presso l'Università di _____
3. di essere iscritto all'Albo Professionale _____ (dei medici chirurghi o degli odontoiatri, o dei veterinari, o dei biologi, o dei chimici, o degli psicologi) presso l'Ordine Provinciale/Regionale 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) di avere / non avere (1) un rapporto di lavoro subordinato presso qualsiasi ente pubblico o privato con divieto di libero esercizio professionale;

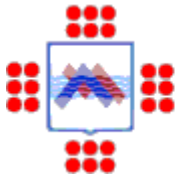
b) svolgere / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale convenzionato;

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 forfettariamente 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 vigente;

e) operare / non operare (1) a qualsiasi titolo in case di cura convenzionate o accreditate con il S.S.N. – in caso affermativo, indicare l'Azienda _____

f) svolgere / non svolgere (1) attività fiscali per conto di Aziende -in caso affermativo indicare l'Azienda _____



COMITATO CONSULTIVO ZONALE EX – ART. 24 –MATERA- VIA MONTESCAGLIOSO - 75100 MATERA

g) essere / non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e s.m.i. o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.L.vo n. 502/92 e successive modifiche e integrazioni (s.m.i.);

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 s.m.i., o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lvo n.. 502/92 e s.m.i.;

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 s.m.i. o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e s.m.i.

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 svolto la seguente attività professionale nella branca o area professionale, come sostituto, incarico provvisorio e a tempo determinato:

Branca o area professionale	presso (2)	ore	sett.	dal	al
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

NOTE (3)

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, afferma che quanto sopra corrisponde al vero.

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

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

N.B. La presente autocertificazione informativa, con le appropriate modificazioni, è utilizzabile anche per le comunicazioni, ai Comitati di cui all'art. 24, relative alle modificazioni nel proprio stato di servizio.