



U. O. C. DISTRETTO DELLA SALUTE CITTA' DI MATERA
COMITATO CONSULTIVO ZONALE DI MATERA
MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI, MEDICI VETERINARI E ALTRE PROFESSIONALITA' SANITARIE
via Montescaglioso 75100 MATERA

Marca da Bollo di € 16,00

Agenzia delle Entrate
18/02/2010 - prot. 954, 19608/2010

ALLEGATO A

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

Art. 17 dell'Accordo Collettivo Nazionale del 17 dicembre 2015 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, i veterinari e le altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi)

Primo inserimento

Aggiornamento

AL COMITATO CONSULTIVO ZONALE PER LA SPECIALISTICA AMBULATORIALE 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. _____

e-mail _____ PEC _____

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)

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

a valere per l'anno **2021** 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 requisiti ed 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 valido***
- d) altro: _____

Inoltre, chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

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.

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

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. _____

Consapevole della 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 ed agli effetti dell'art.47 del D.P.R.28 dicembre 2000. n. 445

- Di esse cittadino italiano;
- Di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE (specificare) _____
- Di possedere il diploma di laurea (DL) laurea specialistica (LS) della classe corrispondente in _____ (medicina e chirurgia o odontoiatria e protesi dentaria, o medicina veterinaria, o biologia, o chimica, o psicologia);

- diploma di laurea con voto _____/110 senza lode con lode, conseguito/a presso l'Università di _____ in data _____;

- laurea specialistica/magistrale con voto _____/110 senza lode con lode, conseguito/a presso l'Università di _____ in data _____;

1. 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 _____
2. 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 _____
3. 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 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;
- b) di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;



Servizio Sanitario Nazionale
 REGIONE BASILICATA
 AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA
 Via Montescaglioso - 75100 Matera



c) di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario con massimale orario paria 38 ore settimanali,

7) di avere svolto la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, come sostituto, incarico di sostituzione, provvisorio e a tempo determinato ai sensi dell'A. C. N. del 17.12.2015 e precedenti: *

Branca specialistica o area professionale	presso (2)	totali ore	dal	al
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

***: indicare obbligatoriamente in ciascuna nuova istanza il servizio effettivamente svolto negli anni precedenti; NON verranno conteggiate ore di anni precedenti qualora non riportate come indicato**

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

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03 e in relazione ai dati personali oggetto di trattamento:

1. *Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento della formazione della graduatoria valida per l'anno..... Il trattamento viene effettuato avvalendosi sia di strumenti cartacei che informatici.*
2. *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 in detta graduatoria.*
3. *I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione e sul sito istituzionale di ciascuna Azienda della Regione.....*
4. *L'art. 7 del citato Decreto conferisce alla S.V. l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati; di opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati personali.*
5. *Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è l'Azienda Sanitaria di*

INFORMATIVA

- La domanda, in bollo, deve essere spedita a mezzo raccomandata A/R o consegnata a mano o trasmessa con modalità telematica (se definita dalla Regione), al competente ufficio dell'Azienda sede del Comitato Zonale, ovvero al competente ufficio dell'Azienda individuata dalla Regione, entro e non oltre il 31 Gennaio di ciascun anno;
- Se la domanda è presentata personalmente al competente ufficio dell'Azienda 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.
- Per l'accoglimento della domanda farà fede il timbro postale o il timbro apposto sulla domanda dall'ufficio competente se consegnata a mano o la data delle ricevute di accettazione e di avvenuta consegna per trasmissioni via PEC. La ricevuta rilasciata dall'ufficio postale o dall'Azienda Sanitaria, se consegnata a mano, o la ricevuta di avvenuta consegna via PEC saranno gli unici documenti validi da produrre in caso di smarrimento della domanda.
- L'omissione o l'incompletezza dei dati comporteranno la non attribuzione dei relativi punteggi. L'autocertificazione dovrà pertanto indicare esattamente il numero delle ore di attività svolte, il periodo di svolgimento e l'Azienda/Ente presso la quale è stata svolta l'attività.
- L'autocertificazione informativa (Allegato B) per l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità dovrà essere presentata unitamente alla comunicazione di disponibilità all'accettazione dell'incarico.