

Marca da  
bollo  
(16 euro)

RACCOMANDATA A.R.

Azienda ULSS n. 5 POLESANA  
U.O.C. Convenzioni e  
Direzione Amm.va Osped.  
V.le Tre Martiri, 89  
45100 ROVIGO

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

art. 17 dell'Accordo Collettivo Nazionale 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**

Il sottoscritto ....., nato a .....  
(Prov.....) il ..... M\_\_\_\_\_ F\_\_\_\_\_ Codice Fiscale  
.....

Comune di residenza..... (Prov.....)

Indirizzo ..... n..... Cap .....  
telefono....., cell. ....

PEC..... e-mail .....

chiede di essere incluso nella graduatoria dei:

medici Specialisti ed Odontoiatri: branca di.....

medici Veterinari: area.....

Biologi

Chimici

Professionisti Psicologi

Professionisti Psicoterapeuti

a valere per **l'anno 2018** relativamente all'ambito zonale della provincia di ROVIGO, nel cui territorio intende ottenere incarico.

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

**Chiede che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:**

PEC (scrivere in modo leggibile) .....

Data.....

Firma per esteso.....

**In caso di invio a mezzo PEC compilare obbligatoriamente**

**DICHIARA ALTRESI'**

1. di aver assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00; a comprova indica i seguenti dati della marca da bollo utilizzata:
  - data e ora di emissione \_\_\_\_\_
  - IDENTIFICATIVO n. \_\_\_\_\_
2. di aver apposto la marca da bollo sulla presente domanda e di aver annullato la stessa;
3. di conservare l'originale della domanda di cui sopra per eventuali controlli dell'Amministrazione.

\_\_\_\_\_  
**Data**

\_\_\_\_\_  
**Firma per esteso**

**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....., nato a .....  
(Prov.....) il ..... M\_\_\_ F\_\_\_ 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 ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:

- di essere cittadino italiano;
- di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE (*specificare*) .....

di possedere il diploma di laurea (DL) ovvero  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 presso l'Università di ..... in data ...../...../.....;

laurea specialistica/magistrale con voto ...../100,  senza lode,  con lode, conseguita presso l'Università di ..... in data ...../...../.....;

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, veterinari, biologi, chimici, psicologi) presso l'Ordine provinciale/regionale di ..... dal.....n.....;

di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:

..... conseguita il ...../...../.....  
presso l'Università di ..... con voto .....,  senza lode,  con lode

..... conseguita il ...../...../.....  
presso l'Università di ..... con voto .....,  senza lode,  con lode

..... conseguita il ...../...../.....

presso l'Università di ..... con voto .....,  senza lode,  con lode per gli psicologi:

- di essere in possesso della specializzazione in Psicoterapia, riconosciuta ai sensi dell'art. 3 della legge n.56/1989, equipollente al diploma rilasciato dalle corrispondenti scuole di specializzazione universitaria, con voto .....,  senza lode,  con lode, conseguita il ..... presso l'Istituto ..... con sede a ..... legalmente riconosciuto, o di possedere la specializzazione universitaria come sopra indicato, oppure

- di avere la psicoterapia riconosciuta ai sensi dell'art. 35 della legge n.56/1989 da parte dell'Ordine Regionale degli psicologi di ..... dal .....

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;

~ di avere svolto la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, come sostituto, incaricato provvisorio o incaricato a tempo determinato ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per i medici specialisti ambulatoriali interni, veterinari e altre professionalità (biologi, chimici, psicologi)

(indicare il servizio svolto fino al 31 dicembre dell'anno precedente; non è valutabile il servizio effettuato precedentemente al 2 ottobre 2000):

(non vanno indicate le attività professionali disciplinate da una normativa contrattuale diversa dal predetto Accordo Collettivo Nazionale, sono esclusi per esempio i contratti di lavoro dipendente e libero professionali e altri contratti che non riportano espressamente il riferimento al predetto Accordo Collettivo Nazionale).

Branca specialistica o area professionale	presso *	n. ore	dal	al
---	----------	--------	-----	----

*\* Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica il predetto Accordo Collettivo Nazionale.*

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 .....

Si allega la fotocopia di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.

## 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 per la quale si presenta la domanda. 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 Veneto e sul sito istituzionale dell'Azienda ULSS n.18 di Rovigo.*
- 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. Il Responsabile del trattamento dei dati è il Direttore della UOC Convenzioni e Direzione Amministrativa Ospedaliera.*

### INFORMATIVA

La domanda, in bollo, deve essere spedita a mezzo raccomandata A/R o consegnata a mano all'Ufficio Protocollo Generale dell'Azienda ULSS n. 18 di Rovigo o trasmessa con modalità telematica (se definita dalla Regione), dal 1 gennaio e con termine, entro e non oltre, il 31 gennaio di ciascun anno.

Alla domanda, firmata dall'interessato, va allegata la 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 Protocollo Generale 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 ULSS n.18 di Rovigo, 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.