

**Bollo € 16,00**

**Azienda ULSS 18  
COMITATO ZONALE  
V.le Tre Martiri, 89  
45100 ROVIGO**

**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA**

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)

Il sottoscritto Dr....., nato a.....  
(prov.....), il..... M\_\_ F\_\_ Codice Fiscale.....  
Comune di residenza.....(prov.....)  
Indirizzo Via .....n.....Cap..... telefono.....  
Recapito professionale nel Comune di.....( prov.....)  
Via.....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 ed altre professionalità, ex art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni -:

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

a valere per l'anno **2016** relativa alla Provincia di **ROVIGO**  
nel cui ambito territoriale intende ottenere incarico.

A tale 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.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

- o la propria residenza
  
- o il domicilio sotto indicato:

c/o.....Comune.....Provincia.....

indirizzo.....n.....CAP.....

Data.....

Firma per esteso.....

La sottoscrizione della presente domanda non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione, ovvero sia presentata unitamente **a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità** (art. 38 DPR 445/2000).

Firma apposta alla presenza di \_\_\_\_\_

Con identificazione del dichiarante mediante \_\_\_\_\_

Il Funzionario

\_\_\_\_\_

### **Avvertenze Generali**

- **La domanda in bollo (€ 16,00) può essere consegnata direttamente al competente Ufficio Protocollo, in V.le Tre Martiri n. 89, 4° Piano – Blocco a, dal lunedì al giovedì 9.00-13.00 / 15.00-17.00 e il venerdì 9.00-13.00;**
- **La mancata sottoscrizione della domanda o della dichiarazione sostitutiva, la spedizione con raccomandata con ricevuta di ritorno o la consegna oltre il termine del 31 gennaio 2015, comportano l'esclusione dalla graduatoria;**
- **Ai fini della graduatoria, per l'attribuzione del punteggio, è valutabile SOLO l'attività svolta in qualità di sostituzioni, incarichi provvisori e a tempo determinati effettuati nella branca principale o area professionale, a favore di Aziende Sanitarie ed altre Istituzioni pubbliche che applicano le norme dell'ACN 23/03/2005 e s.m.i.;**
- **Sono valutabili i titoli di servizio fino alla data del 31/12/2014; il conseguimento della specializzazione e l'iscrizione all'ordine fino alla data del 31/01/2015.**
- **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 incarico svolte, il periodo di svolgimento e l'Azienda ULSS presso la quale è stata svolta l'attività.**

## AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott....., nato a.....(prov.....)  
il..... M\_\_ F\_\_ Codice Fiscale.....  
Comune di residenza.....(prov.....)  
Indirizzo Via .....n.....Cap..... telefono.....  
Recapito professionale nel Comune di.....( prov.....)  
Via.....n.....Cap.....telefono.....  
e-mail: .....

Dichiara, ai sensi e agli effetti della legge n. 15/68 e successive modificazioni

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 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

6. di essere / non essere (1) soggetto ad alcun provvedimento restrittivo di natura disciplinare comminato dall'Ordine.....

In caso affermativo, specificare il provvedimento disciplinare:

.....

7. di essere nella seguente posizione :

a) 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 forfetariamente 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

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.....)

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

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 successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D. Lvo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni

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 successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni

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.....)

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

Branca.....Asl.....ore complessive .....ANNO .....

Branca.....Asl.....ore complessive ..... ANNO .....

Branca.....Asl.....ore complessive ..... ANNO .....

Branca.....Asl.....ore complessive ..... ANNO .....

Branca.....Asl.....ore complessive ..... ANNO .....

Branca.....Asl.....ore complessive ..... ANNO .....

Branca.....Asl.....ore complessive ..... ANNO .....

**Pregasi precisare il numero di ore suddivise per anno e per AZIENDA ULSS**

**SI RICORDA che è valutabile SOLO l'attività svolta in qualità di sostituzioni, incarichi provvisori e a tempo determinato effettuati nella branca principale o area professionale, a favore di Aziende Sanitarie ed altre Istituzioni pubbliche che applicano le norme dell'ACN 23/03/2005 e s.m.i.**

**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 incarico svolte, il periodo di svolgimento e l'Azienda ULSS presso la quale è stata svolta l'attività.**

NOTE (2)

.....  
.....  
.....  
.....

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. 10 della legge 675/96 e successive modificazioni, 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) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste

#### **INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D. Leg.vo n. 196 del 30/06/2003 si informa che:

1. Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento da parte del Comitato Zonale della formazione della graduatoria. 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 inserito in graduatoria;
3. i dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione ed affissi all'Albo Pretorio dell'Azienda ULSS;
4. potrà rivolgersi al Comitato Consultivo Zonale per far valere i suoi diritti, così come previsti dall'art. 7 del D. Leg.vo n. 196 del 30/06/2003 e s.m.i.
5. il titolare dei dati è l'Azienda ULSS 18 di Rovigo;
6. Il Responsabile del trattamento dei dati è il Direttore della UOC Gestione Risorse in Convenzione Dr. Giuliano Passarotto.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ presa visione dell'informativa di cui sopra, ai sensi dell'art. 23 del D. Leg.vo n. 196 del 30/06/2003 e s.m.i., autorizza il trattamento dei dati personali.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_