

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA

(art. 21 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti amb.li, medici veterinari ed altre professionalità - Biologi, Chimici, Psicologi)

Bollo

RISERVATO AI MEDICI VETERINARI

AL COMITATO CONSULTIVO ZONALE DI: _____

Il sottoscritto Dott. _____

nato a.....(prov. di.....) il..... M F

Codice Fiscale.....

Comune di residenza (CAP).....(prov.....)

indirizzo via..... n°.....tel.....

Recapito professionale nel Comune di (CAP).....(prov.....)

Via..... n°..... telefono.....

chiede di essere incluso nella graduatoria di:

- secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti ambulatoriali – Biologi – Chimici – Psicologi e Veterinari, ex art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni -

Sanità Animale (Area "A")

Igiene della Produzione, Trasformazione, Commercializzazione, Conservazione e Trasporto degli Alimenti di origine animale e loro derivati (Area "B")

Igiene degli Alimenti e delle Produzioni Zootecniche (Area "C")

a valere per l'anno **2010** relativa alla provincia di _____ nel cui ambito territoriale intende ottenere incarico ambulatoriale.

A tal fine acclude alla presente la seguente documentazione:

autocertificazione informativa;

n°..... documenti relativi ai titoli in suo possesso, valutabili ai fini della graduatoria predetta e specificati nel prospetto interno.

n°..... fotocopia del documento di identità in corso di validità

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

1) la propria residenza **si no**

2) il domicilio:

Via/Piazza.....cap.....Comune.....

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 Consultivo Zonale, 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.

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott.....nato a(prov.....)

il..... **M** **F** C. F.

Comune di residenza..... CAP..... (prov.....)

Indirizzo: Via.....n°.....tel.....

Recapito professionale nel Comune di.....CAP.....(prov.....)

Via.....n°..... tel.....

Dichiara, ai sensi e agli effetti del D.P.R. 28.12.2000, n° 445 (Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa):

1.**di essere laureato** in Medicina Veterinaria **con voto**presso l'Università di
in data

2.**di essere abilitato** all'esercizio della professione di Medico Veterinario nella sessione..... presso l'Università di.....

3.**di essere iscritto** all'Albo professionale dei Medici Veterinari presso l'Ordine provinciale / regionale di:
dal.....(*specificare giorno, mese ed anno*)

4.di essere in possesso delle seguenti **specializzazioni**:

in..... conseguita ilcon voto.....
presso l'Università di.....

5. di essere in possesso dei seguenti **dottorati di ricerca**:

in.....con Decreto Ministeriale del.....

in.....con Decreto Ministeriale del.....

6. 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:.....

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) 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;
- c) 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, comma 5, del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
- d) essere / non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile, di strutture convenzionate con il S. S. N. ai sensi del DPR n° 120/88 e successive modificazioni o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D. L.vo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
- e) 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;

8. di avere svolto la seguente attività professionale in qualità di medico

- veterinario titolare d'incarico**
- sostituto**
- incaricato provvisoriamente**
- a tempo determinato**

con regolare contratto di lavoro retribuito presso strutture del S.S.N., Comuni, Regioni, Istituti Universitari, Istituti Zooprofilattici, Enti equiparati ai sensi di legge, Enti ed Istituti di Ricerca, nella branca di:

..... **relativa all'Area " A " " B " " C "**
Barrare con una x la voce e la lettera corrispondente

Per attività oraria specificare un totale annuo per ogni ASL o altra Amministrazione:

branca..... presso ASL di 0

altre Amministrazioni **anno** **ore tot. annuo**.....

branca..... presso ASL di 0

altre Amministrazioni **anno** **ore tot. annuo**.....

branca..... presso ASL di 0

altre Amministrazioni **anno** **ore tot. annuo**.....

branca..... presso ASL di 0

altre Amministrazioni **anno** **ore tot. annuo**.....

branca..... presso ASL di o
altre Amministrazioni **anno** **ore tot. annuo**.....

branca..... presso ASL di o
altre Amministrazioni **anno** **ore tot. annuo**.....

branca..... presso ASL di o
altre Amministrazioni **anno** **ore tot. annuo**.....

Per attività a prestazione indicare il periodo (giorno/mese/anno)

branca.....presso ASL di
o altre Amministrazionidal...../...../..... al...../...../.....

branca.....presso ASL di
o altre Amministrazionidal...../...../..... al...../...../.....

branca.....presso ASL di
o altre Amministrazionidal...../...../..... al...../...../.....

branca.....presso ASL di
o altre Amministrazionidal...../...../..... al...../...../.....

branca.....presso ASL di
o altre Amministrazionidal...../...../..... al...../...../.....

branca.....presso ASL di
o altre Amministrazionidal...../...../..... al...../...../.....

Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità di quanto dichiarato, si invita ad allegare copia fotostatica del/i certificato/i di servizio.

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione e 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 675/1996 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