

**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA: SPECIALISTI AMBULATORIALI,  
VETERINARI E ALTRE PROFESSIONALITA' (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI)  
ANNO 2012**

(art. 21 Accordo Collettivo Nazionale 23 marzo 2005 e successive modifiche ed integrazioni per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali, veterinari ed altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi))

**La presente domanda è valida per l'inclusione in una singola branca / area**

**Marca da bollo**

**€ 14,62**

**AI COMITATO CONSULTIVO ZONALE  
c/o Azienda USL di .....**

.....  
.....

Il/La sottoscritt\_ Dott. \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_  
(prov.\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, M\_\_ F\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ (prov.\_\_\_\_) Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_  
CAP. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ indirizzo e- mail \_\_\_\_\_

***chiede di essere incluso nella graduatoria dei:***

- medici specialisti ed odontoiatri:   branca di \_\_\_\_\_
- medici veterinari:  area A  area B  area C
- biologi
- chimici
- professionisti psicologi
- professionisti psicoterapeuti

a valere **per l'anno 2012**, relativa alla provincia di ....., nel cui ambito territoriale intende ottenere incarico. A tale fine acclude alla presente la seguente documentazione:

- a) dichiarazione sostitutiva di certificazione/atto notorio (Allegato A)
- 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:

- la propria residenza (all'indirizzo sopra riportato)
- il seguente domicilio: c/o \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_\_ Firma per esteso \_\_\_\_\_

## Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio (Allegato A)

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ Dott. \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000

### DICHIARA

1. di possedere 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

L'autocertificazione informativa (Allegato B parte seconda dell'ACN) per l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità è rinviata al momento della comunicazione di disponibilità all'accettazione dell'incarico.

5. di avere svolto la seguente attività convenzionale ai sensi dell'ACN 23.03.2005 e s.m.i. nella branca o area professionale, come sostituto, incarico provvisorio e a tempo determinato, nella branca principale o area professionale, a favore di Aziende Sanitarie ed altre Istituzioni pubbliche che applicano le norme dell'ACN (INPS, INAIL, Ministero della Difesa; Servizio Assistenza Sanitaria ai Naviganti.....):

#### **A) Incarichi di sostituzione formalmente conferiti: (\*)**

- Branca o area professionale \_\_\_\_\_ presso(2) \_\_\_\_\_  
ore sett.li \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessive ore \_\_\_\_\_
- Branca o area professionale \_\_\_\_\_ presso(2) \_\_\_\_\_  
ore sett.li \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessive ore \_\_\_\_\_
- Branca o area professionale \_\_\_\_\_ presso(2) \_\_\_\_\_  
ore sett.li \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessive ore \_\_\_\_\_

- Branca o area professionale \_\_\_\_\_ presso(2) \_\_\_\_\_  
ore sett.li \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessive ore \_\_\_\_\_
- Branca o area professionale \_\_\_\_\_ presso(2) \_\_\_\_\_  
ore sett.li \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessive ore \_\_\_\_\_
- Branca o area professionale \_\_\_\_\_ presso(2) \_\_\_\_\_  
ore sett.li \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessive ore \_\_\_\_\_
- Branca o area professionale \_\_\_\_\_ presso(2) \_\_\_\_\_  
ore sett.li \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessive ore \_\_\_\_\_
- Branca o area professionale \_\_\_\_\_ presso(2) \_\_\_\_\_  
ore sett.li \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessive ore \_\_\_\_\_
- Branca o area professionale \_\_\_\_\_ presso(2) \_\_\_\_\_  
ore sett.li \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessive ore \_\_\_\_\_
- Branca o area professionale \_\_\_\_\_ presso(2) \_\_\_\_\_  
ore sett.li \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessive ore \_\_\_\_\_
- Branca o area professionale \_\_\_\_\_ presso(2) \_\_\_\_\_  
ore sett.li \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessive ore \_\_\_\_\_
- Branca o area professionale \_\_\_\_\_ presso(2) \_\_\_\_\_  
ore sett.li \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessive ore \_\_\_\_\_

**B) Incarichi provvisori formalmente conferiti: (\*)**

- Branca o area professionale \_\_\_\_\_ presso(2) \_\_\_\_\_  
ore sett.li \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessive ore \_\_\_\_\_
- Branca o area professionale \_\_\_\_\_ presso(2) \_\_\_\_\_  
ore sett.li \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessive ore \_\_\_\_\_
- Branca o area professionale \_\_\_\_\_ presso(2) \_\_\_\_\_  
ore sett.li \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessive ore \_\_\_\_\_
- Branca o area professionale \_\_\_\_\_ presso(2) \_\_\_\_\_  
ore sett.li \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessive ore \_\_\_\_\_
- Branca o area professionale \_\_\_\_\_ presso(2) \_\_\_\_\_  
ore sett.li \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessive ore \_\_\_\_\_
- Branca o area professionale \_\_\_\_\_ presso(2) \_\_\_\_\_  
ore sett.li \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessive ore \_\_\_\_\_

**C) Incarichi a tempo determinato formalmente conferiti:(\*)**

- Brancha o area professionale \_\_\_\_\_ presso(2) \_\_\_\_\_  
ore sett.li \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessive ore \_\_\_\_\_
- Brancha o area professionale \_\_\_\_\_ presso(2) \_\_\_\_\_  
ore sett.li \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessive ore \_\_\_\_\_
- Brancha o area professionale \_\_\_\_\_ presso(2) \_\_\_\_\_  
ore sett.li \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessive ore \_\_\_\_\_
- Brancha o area professionale \_\_\_\_\_ presso(2) \_\_\_\_\_  
ore sett.li \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessive ore \_\_\_\_\_
- Brancha o area professionale \_\_\_\_\_ presso(2) \_\_\_\_\_  
ore sett.li \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessive ore \_\_\_\_\_
- Brancha o area professionale \_\_\_\_\_ presso(2) \_\_\_\_\_  
ore sett.li \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per complessive ore \_\_\_\_\_

**(\*) Per facilitare la comprensione dei dati di attività autocertificati ed accelerare le procedure di controllo sulla veridicità delle dichiarazioni, lo specialista/professionista può allegare fotocopia delle certificazioni rilasciate dalle Aziende USL o altre Istituzioni Pubbliche.**

**NOTE (3)**

---

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 \_\_\_\_\_

La sottoscrizione di tale dichiarazione 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 del DPR 445/00)

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

con identificazione del dichiarante mediante \_\_\_\_\_

Il funzionario

\_\_\_\_\_

(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

**Allegato B**

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (art. 47 DPR n. 445 del 28/12/2000)**

il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000,

**D I C H I A R A**

che le fotocopie dei titoli allegati e sottoelencati, sono conformi agli originali in possesso del sottoscritto:

1..... 6.....

2..... 7.....

3..... 8.....

4..... 9.....

5..... 10.....

Data

Firma ( \*)

\_\_\_\_\_

(\*) La firma non è soggetta ad autenticazione se apposta in presenza del dipendente competente a ricevere la documentazione. Nel caso in cui la domanda di iscrizione alla graduatoria venga spedita dovrà essere allegata copia fotostatica di documento di identità in corso di validità del sottoscrittore. La mancanza di sottoscrizione comporta la nullità della dichiarazione sostitutiva.

(Si suggerisce, onde evitare disguidi, di firmare e numerare le fotocopie allegate)

-----

*Azienda USL di.....*

*Ai sensi dell'art.21 DPR 445/2000 io sottoscritto \_\_\_\_\_, certifico che la suddetta dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal dichiarante, della cui identità mi sono accertato a mezzo di \_\_\_\_\_(estremi documento).*

Data, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## **AVVERTENZE GENERALI**

- La domanda deve essere spedita al Comitato Zonale con Raccomandata A.R. o consegnata direttamente al competente ufficio indicato dall'Azienda USL entro il 31 Gennaio 2011. A tal fine fa fede il timbro postale;
- La mancata sottoscrizione della domanda o della dichiarazione sostitutiva, la spedizione o consegna oltre il termine del 31/01/2011, comportano l'esclusione dalla graduatoria;
- I titoli possono essere prodotti in originale ( in bollo) ovvero:
  - o con dichiarazione sostitutiva di certificazione/atto notorio (Allegato A);
  - o dichiarazione sostitutiva con cui si attesta la conformità a documenti originali ( Allegato B);
- Ai fini della graduatoria sono valutabili i titoli di servizio fino alla data del 31/12/2010. Sono utili per l'attribuzione del punteggio, in base al numero delle ore effettuate, le sostituzioni, gli incarichi provvisori e incarichi a tempo determinato effettuati a favore di Aziende Sanitarie ed altre Istituzioni Pubbliche, che applicano le norme dell' A.C.N. 23 marzo 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 USL presso la quale è stata svolta l'attività.

## **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, La informiamo di quanto segue:*

- (1) Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento da parte di questo Comitato Zonale della formazione della graduatoria valida per l'anno 2012.*
- (2) Il trattamento viene effettuato avvalendosi sia di strumenti cartacei che informatici.*
- (3) 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.*
- (4) I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione ed affissi all'Albo dell'Azienda Usl e presso gli Uffici dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di .....*
- (5) 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.*
- (6) Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Usl di .....*
- (7) Responsabile del trattamento dei dati è .....*

## BRANCHE /AREE SPECIALISTICHE

### MEDICI

ALLERGOLOGIA  
ANATOMIA PATOLOGICA  
ANESTESIOLOGIA E RIANIMAZIONE  
ANGIOLOGIA  
AUDIOLOGIA  
BIOCHIMICA CLINICA  
CARDIOCHIRURGIA  
CARDIOLOGIA  
CHIRURGIA GENERALE  
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE  
CHIRURGIA PEDIATRICA  
CHIRURGIA PLASTICA  
CHIRURGIA TORACICA  
CHIRURGIA VASCOLARE  
DERMATOLOGIA  
DIABETOLOGIA  
EMATOLOGIA  
ENDOCRINOLOGIA  
FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA CLINICA  
FISICA SANITARIA  
FISIOCHINESITERAPIA  
FONIATRIA  
GASTROENTEROLOGIA  
GENETICA MEDICA  
GERIATRIA  
IDROCLIMATOLOGIA  
IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA  
MALATTIE INFETTIVE  
MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA  
MEDICINA INTERNA  
MEDICINA DEL LAVORO  
MEDICINA DELLO SPORT  
MEDICINA DI COMUNITA'  
MEDICINA LEGALE  
MEDICINA NUCLEARE  
MEDICINA TRASFUSIONALE  
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA  
NEFROLOGIA  
NEONATOLOGIA  
NEUROCHIRURGIA  
NEUROFISIOPATOLOGIA  
NEUROLOGIA  
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE  
NEURORADIOLOGIA  
OCULISTICA  
ODONTOIATRIA  
ONCOLOGIA  
ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE  
ORTOPEDIA  
OSTETRICA E GINECOLOGIA  
OTORINOLARINGOIATRIA  
PATOLOGIA CLINICA  
PEDIATRIA

PNEUMOLOGIA  
PSICHIATRIA  
PSICOLOGIA  
PSICOTERAPIA  
RADIOLOGIA  
RADIOTERAPIA  
REUMATOLOGIA  
SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETOLOGIA  
TOSSICOLOGIA MEDICA  
UROLOGIA

### **PSICOLOGI**

PSICOLOGIA  
PSICOTERAPIA

### **MEDICI VETERINARI**

Area A - SANITA' ANIMALE

Area B - IGIENE DELLA PRODUZIONE, TRASFORMAZIONE, COMMERCIALIZZAZIONE, CONSERVAZIONE E TRASPORTO DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E LORO DERIVATI

Area C - IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE