

**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