

Marca da bollo

ALLEGATO A

ASL BA – COMITATO ZONALE

Lungomare Starita n° 6

70123 BARI

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA per Specialisti Ambulatoriali, Veterinari ed altre Professionalita' (Biologi, Chimici, Psicologi, Psicoterapeuti)- Art. 17 dell' A.C.N. 17/12/2015

Primo Inserimento

Aggiornamento

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

Il.....Codice Fiscale.....

Comune di Residenza.....(prov.....)

Via/Piazza.....n..... Cap.....tel.....

Indirizzo e-mail PEC (obbligatorio).....

Indirizzo 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 (Biologi, Chimici, Psicologi, Psicoterapeuti) ex art.8 del D.Lvo n° 502/92 e successive modificazioni-

diper i Medici Specialisti ed Odontoiatri

di Area.....per i Medici Veterinari

di.....per i Biologi

di.....per i Chimici

di.....per gli Psicologi

di.....per gli Psicoterapeuti

a valere per l' anno.....

A tal fine acclude alla presente la seguente documentazione:

1. Autocertificazione informativa;
2. 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 l'indirizzo e-mail- PEC suindicato o al seguente indirizzo.....

Data.....

Firma per esteso.....

ALLEGATO B

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

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

Il.....Codice Fiscale.....

Comune di Residenza.....(prov.....)

Via/Piazza.....n..... Cap.....tel.....

Indirizzo e-mail PEC.....

Dichiara ai sensi ed agli effetti dell'art 47 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n° 45

1. Di essere cittadino Italiano.....;
2. Di essere cittadino di altro Paese appartenente alla U.E. (specificare.....)
3. Di possedere il diploma di laurea (DL) la Laurea Specialistica (LS) della classe corrispondente in..... (Medicina e Chirurgia – Odontoiatria – Medicina Veterinaria – Biologia- Chimica –Psicologia)
 - Diploma di Laurea con voto/110 senza lode con lode, conseguita 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 iscritto all' Albo Professionale dei/degli.....(Medici Chirurghi –Odontoiatri – Veterinari- Biologi –Chimici- Psicologi presso l' Ordine Provinciale/Regionale di.....dal.....

4. di essere in possesso delle seguenti Specializzazioni in:

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

Presso l'Università dicon voto..... senza lode con lode

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

Presso l'Università dicon voto..... senza lode con lode

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

Presso l'Università dicon voto..... senza lode con lode

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

Presso l'Università dicon voto..... senza lode con lode

5. di avere / non avere subito provvedimenti disciplinari da parte delle competenti Commissioni di Disciplina previste dall' attuale e precedenti Accordi;
di essere / non essere soggetto ad alcun provvedimento restrittivo di natura disciplinare comminato dall' Ordine di.....; in caso affermativo, specificare quale provvedimento disciplinare.....;

6. di fruire / non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di Previdenza competente di cui al decreto del 15 Ottobre 1976 del Ministro del Lavoro e Previdenza Sociale;
7. di fruire / non fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente;
8. di non essere titolare di incarico a Tempo Indeterminato si Specialista Ambulatoriale, Veterinario o Professionista sanitario con massimale orario pari a 38 ore settimanali;
9. di svolgere / non svolgere attività di medico di Medicina Generale e di Medico di Pediatria di libera scelta, fatto salvo quanto previsto alla norma finale n° 2 dell' A.C.N. vigente;
10. di aver svolto la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, come sostituto, incaricato provvisorio o incaricato a tempo determinato, presso Aziende o Enti che applicano le norme dell' A.C.N. vigente;
 - per coloro che risultano essere iscritti nella graduatoria precedente; (indicare solo il totale delle ore svolte fino al 31 Dicembre dell' anno precedente,
 - per i primi inserimenti ; (indicare il numero totale delle ore svolte dal 2 Ottobre 2000 fino al 31 Dicembre dell' anno precedente;

Branca Specialistica

Area Professionale	presso	n° ore sett/li	dal	al	totale n° ore
.....
.....
.....
.....
.....

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.....

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia posta in presenza del Funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un valido documento di identità del sottoscrittore (art. 38 del DPR 445/2000)

Firma apposta alla presenza di _____
con identificazione del dichiarante mediante _____

Il Funzionario _____