

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA SPECIALISTI AMBULATORIALI, VETERINARI E ALTRE PROFESSIONALITÀ (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI)

ANNO 2021

Art. 17 dell'Accordo Collettivo Nazionale 17 dicembre 2015 per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali, i veterinari e le altre professionalità (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI)

PRIMO INSERIMENTO

AGGIORNAMENTO

Marca da bollo
€ 16,00

AL COMITATO ZONALE DI BRINDISI
Per la Medicina Specialistica Ambulatoriale
c/o ASL di Brindisi
Via Napoli, 8
72100 Brindisi

Il/La sottoscritto/a Dott. _____ nato a _____ (prov.....)

il _____ M F Codice fiscale _____

Comune di residenza _____ (prov: _____) indirizzo

Via _____ n. _____ Cap _____ tel. _____ Recapito professionale nel

Comune di _____ (prov. _____ n. _____ Cap _____ telefono _____

e-mail _____ PEC _____

CHIEDE DI ESSERE INCLUSO NELLA GRADUATORIA REGIONALE DEI:

-secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali, medici veterinari ed altre professionalità (biologi, chimici, psicologi),
ex art. 8 del D. L. vo n.502/92 e successive modificazioni –

MEDICI SPECIALISTI ED ODONTOIATRI: BRANCA DI

AREA PROFESSIONISTI

BIOLOGI

CHIMICI

PSICOLOGI

PSICOTERAPEUTI

N.B. Possono presentare la domanda di inclusione nella graduatoria Psicologi e/o Psicoterapeuti i Professionisti in possesso di titolo di specializzazione ai sensi dell' art. 17. comma 4 lett. d), A.C.N. del 17/12/2015.
(Presentare una domanda per ogni singola area: Psicologi o Psicoterapeuti)

MEDICI VETERINARI:

(Presentare una domanda per ogni singola branca)

BRANCA Sanità Animale (AREA A)

BRANCA Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (AREA B)

BRANCA Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (AREA C)

A tale fine acclude alla presente la seguente documentazione:

a) dichiarazione sostitutiva di certificazione/atto notorio (allegato A)

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

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:
il domicilio sotto indicato :

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

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

Data.....firma per esteso.....

Avvertenze importanti (Pena esclusione-Allegare copia fotostatica non autenticata del documento di identità)

-Ai fini dell'attribuzione del relativo punteggio, la documentazione allegata deve essere tale da poterne consentire la valutazione.

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il/la sottoscritto/a Dott....., nato/a a.....(prov.....)
 il..... M F Codice fiscale

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

Indirizzo Via.....n.....Cap.....telefono.....

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

Vian.....Cap.....telefono.....

e-mail..... PEC

Dichiara, ai sensi e agli affetti degli artt.46, 47 e 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

1) Di essere in possesso dei seguenti titoli:

- di essere cittadino/a italiano/a
- di essere cittadino/a di altro Paese appartenete alla U.E.
(specificare)
- di possedere il diploma di laurea (DL) la laurea specialistica (LS) della classe corrispondente
in.....(medicina e chirurgia o odontoiatria protesi dentaria, o medicina
veterinaria, biologia, o chimica, o psicologia);
- diploma di laurea con voto...../110 senza la lode con lode, conseguito presso l'università di
..... in data
- laurea specialistica (nuovo ordinamento) con voto/100 110 senza lode
con lode conseguita 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 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.....

inconseguita il.....presso l'Università di.....con voto.....

inconseguita il.....presso l'Università di.....con voto.....

inconseguita il.....presso l'Università di.....con voto.....

in.....conseguita il..... presso la Scuola privata riconosciuta M.I.U.R*.
di con voto.....

N.B. *Nel caso di Scuola di Specializzazione privata allegare copia del diploma di specializzazione o un
certificato che riporti chiaramente il conseguimento del titolo con la relativa votazione. In difetto di tale
documento non sarà attribuito il punteggio aggiuntivo previsto dall'A.C.N. per il titolo conseguito con il
massimo dei voti o la lode.

5) 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:

.....

6) 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) scritto 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.....)

n) di essere / non essere titolare di pensione (1)

7) di avere svolto la seguente attività professionale nella branca o area professionale, come **sostituto, incarico provvisorio e a tempo determinato**: *(Non devono essere indicati gli incarichi di dipendenza o le sostituzioni di dipendenza, né le borse di studio, né le consulenze svolte come libera professione, ma solo gli incarichi ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale Specialisti Ambulatoriali Interni: indicare il servizio svolto fino al 31 dicembre dell'anno precedente):*

(non riportare l'attività svolta a tempo indeterminato di cui all'A.C.N. 17/12/2015, né quella svolta quale: dirigente Medico, MMG, MPLS, C.A., EST, etc.. o in Istituti diversi da quelli previsti dal medesimo A.C.N.)

ASL / ENTI	Località e/o Presidio e/o Distretto Via/Piazza/Corso - Provincia - Telefono	Totale ore svolte	dal	al

NOTE (3)

.....

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 affetti 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.

di esprimere il proprio assenso al trattamento dei dati acquisiti attraverso la presente domanda, nel rispetto di quanto previsto dalla Legge n. 675 del 31.12.1996 e successive modificazioni ed integrazioni.

Data.....Firma per esteso.....

- (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.

N.B. La presente autocertificazione informativa, con le appropriate modificazioni, è utilizzabile anche per le comunicazioni, ai comitati di cui all'art. 16, relative alle modificazioni nel proprio stato di servizio.

AVVERTENZE IMPORTANTI :

- Non sono valutabili i curricula, corsi di formazione, master, dottorati etc....;
- In caso di difformità tra quanto autocertificato e la documentazione rilasciata dai competenti organi e/o Enti privati o pubblici, verrà considerata, sino a prova contraria, la documentazione allegata.