

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

**ANNO 2025**

Art. 19 dell'Accordo Collettivo Nazionale 20 MAGGIO 2021 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  
[protocollo.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it](mailto:protocollo.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it)

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. 19. comma 4 lett. d), A.C.N. del 31.03.2020.  
(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)**

- 1.La domanda deve essere rinnovata ogni anno e deve riportare gli eventuali titoli accademici e professionali aggiuntivi rispetto a quelli precedentemente presentati.
- 2.La mancata sottoscrizione della domanda o della dichiarazione sostitutiva, la trasmissione oltre il termine, comporta l'esclusione dalla graduatoria.
3. Il titolo di specializzazione in psicoterapia, riconosciuto ai sensi degli articoli 3 e 35 della Legge 18 febbraio 1989 n. 56 come equipollente al diploma rilasciato dalle corrispondenti scuole di specializzazione universitaria, è valido in riferimento allo psicologo per la disciplina di psicologia ed al medico o allo psicologo per la disciplina di psicoterapia.
- 4.Ai fini dell'attribuzione del relativo punteggio, la documentazione allegata deve essere tale da poterne consentire la valutazione.

La Domanda può essere trasmessa:

a mezzo raccomandata A/R ( con avviso di ricevimento) al seguente indirizzo:

1. Al comitato Zonale di Brindisi per la Medicina Specialistica Ambulatoriale  
c/o ASL Brindisi- Via Napoli 8- 72100 Brindisi;
2. consegna a mano al protocollo del Comitato Consultivo Zonale Asl/BR – Via Napoli, 8 72100 Brindisi;
3. invio casella di Posta Elettronica Certificata ( PEC) all'indirizzo PEC:  
[protocollo.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it](mailto:protocollo.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it) ( la domanda debitamente controfirmata e con applicata la marca da bollo annullata, deve essere allegata in formato pdf ) Per l'accoglimento della domanda farà fede il timbro postale, il timbro apposto sulla domanda dall'ufficio protocollo se consegnata a mano o la data della ricevuta di accettazione e di avvenuta consegna trasmessa via PEC.

**La domanda deve essere firmata in calce in originale dall'interessato, pena l'esclusione, ed accompagnata da fotocopia di un documento di identità ( fronte e retro) in corso di validità datata e sottoscritta, ai sensi del DPR 445/200**

**AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA**

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

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

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

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

Via .....n.....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 ...../100110  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.....

in .....conseguita il.....presso l'Università di.....con voto.....

in .....conseguita il.....presso l'Università di.....con voto.....

in .....conseguita 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.

ovvero - per la branca di Cure palliative - della certificazione regionale attestante l'esperienza triennale nella rete delle cure palliative, secondo quanto previsto dall'articolo 1, comma 522, della Legge 30

dicembre 2018, n.145, rilasciata dalla Regione.....il...../...../.....;

– di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

– di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente (tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle “quote A e B” del fondo di previdenza generale dell'ENPAM e degli altri enti previdenziali, ove previsto o che fruiscono dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale - APP);

– di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario;

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**: (INDICARE IL SERVIZIO SVOLTO FINO AL 31 DICEMBRE DELL'ANNO PRECEDENTE )

(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. 20.05.2021, 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

(non è valutabile il servizio effettuato precedentemente al **2 ottobre 2000**)

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. 18, 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.