





**6.** di essere in possesso delle seguenti **specializzazioni:**

*Per gli psicologi in possesso della specializzazione in psicoterapia riconosciuta ai sensi dell'art. 35 della legge 56/1989 dovranno specificare l'ORDINE Regionale presso il quale è stata riconosciuta ed il Provvedimento (numero e data)*

Ordine \_\_\_\_\_ N. e data del Provvedimento \_\_\_\_\_

Specializzazione in	Data di conseguimento	Presso l'Università/Scuola	Sede di	Voto	Indicare l'eventuale LODE
				___/___	
				___/___	
				___/___	

**N.B. indicare sempre:** l'Università/scuola di specializzazione con l' indirizzo completo e telefono presso la quale si e' conseguito la specializzazione, elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni utili ad accertare la veridicità della dichiarazione prodotta (art. 43 DPR 445/2000); non saranno valutate le dichiarazioni non complete o imprecise.

Università/scuola: \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**7.** di essere / non essere (1) nella medesima branca specialistica o area in cui opera, titolare di incarico a tempo indeterminato di specialistica ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario con massimale orario pari a 38 ore settimanali

**8.** 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 \_\_\_\_\_

**9.** di aver 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 - (dopo il conseguimento del titolo valido per l'inclusione nella graduatoria) a favore di Aziende sanitarie ed altre Istituzioni pubbliche (Inps, Inail, Ministero della Difesa, SASN, ecc) **che applicano le norme del Vigente Accordo Collettivo Nazionale** o degli Accordi Collettivi Nazionali per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali succedutesi nel tempo – non è valutabile il servizio effettuato precedentemente al 2 ottobre 2000

**N.B. indicare sempre:** la struttura con l' indirizzo completo e telefono presso la quale si e' prestato o si presta servizio, elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni utili ad accertare la veridicità della dichiarazione prodotta (art. 43 DPR 445/2000); le date iniziali e finali (gg/mm/aa) dei relativi periodi di attività' ed il totale complessivo delle ore per ciascun periodo indicato (ore e minuti); non saranno valutate le dichiarazioni non complete o imprecise.

Branca o area professionale \_\_\_\_\_

Presso ASL (2) \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) tel. \_\_\_\_\_

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Totali ore (3) \_\_\_\_\_

Branca o area professionale \_\_\_\_\_

Presso ASL (2) \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) tel. \_\_\_\_\_

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Totali ore (3) \_\_\_\_\_

Branca o area professionale \_\_\_\_\_

Presso ASL (2) \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) tel. \_\_\_\_\_

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Totali ore (3) \_\_\_\_\_

Branca o area professionale \_\_\_\_\_

Presso ASL (2) \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) tel. \_\_\_\_\_

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Totali ore (3) \_\_\_\_\_

Ulteriori informazioni:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

***In mancanza di spazio è possibile fotocopiare il presente prospetto o allegare alla domanda una dichiarazione su carta semplice***

***N.B.***

- (1) cancellare la parte che non interessa
- (2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme del vigente Accordo. Indicare la denominazione, luogo ed indirizzo completo dell'Azienda Sanitaria o Istituzione
- (3) Indicare il totale complessivo delle ore (ore e minuti) effettivamente svolte nel periodo

**10.** di essere nella seguente posizione ai sensi dell'art. 25 dell'A.C.N.:

- di essere titolare di ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale

SI  NO

- di essere proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionale con il SSN ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni e integrazioni

SI  NO

- di esercitare attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Nazionale o di essere titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale

SI  NO

- di svolgere attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta, fatto salvo quanto previsto alla norma finale n. 2  SI  NO
- di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di cui all'art. 19 e di svolgere contemporaneamente incarico a tempo determinato di cui all'art. 20  SI  NO
- di esercitare la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo, retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al SSN e che non adottino le clausole economiche del presente Accordo e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi  SI  NO
- di svolgere funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale  SI  NO
- di 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  SI  NO
- di operare, a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il SSN; è consentito esclusivamente lo svolgimento dell'attività istituzionale di cui al presente Accordo e secondo modalità definite a livello regionale  SI  NO
- di essere 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-quinquies del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni e integrazioni  SI  NO
- di essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni  SI  NO
- di fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente  SI  NO

**Il sottoscritto, dichiara che quanto sopra corrisponde al vero, consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere potranno essere adottate sanzioni penali (v. art. 76 del D.P.R. 445/2000) e non avrà effetto il beneficio conseguito (v. art. 75 del D.P.R. 445/2000)**

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.

**AI SENSI DELLA LEGGE 196\2003** si comunica che i dati personali forniti con la presente dichiarazione saranno raccolti presso questa Azienda per i Servizi Sanitari per le finalità di gestione della graduatoria e saranno trattati presso una banca dati automatizzata successivamente all'eventuale istituzione del rapporto di lavoro, per finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo. Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, pena l'esclusione dalla graduatoria.

Data: \_\_\_\_\_

Firma per esteso in originale  
del Dichiarante non soggetta  
ad autenticazione

## **Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali**

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196 del 30 giugno 2003 e in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo che:

- il trattamento dei dati personali raccolti è finalizzato esclusivamente all'espletamento da parte di questa Azienda Sanitaria – per la formazione delle graduatorie provinciali dei medici specialisti ambulatoriali/veterinari/professionisti valide per l'anno 2018;
- Il trattamento viene effettuato avvalendosi anche di mezzi informatici;
- Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra, pertanto, in caso di rifiuto, Lei non potrà essere inserito in detta graduatoria.
- L'art. 7 del citato D.Lgs. Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra cui quello 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.
- Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Foggia – Viale Fortore c/o Cittadella dell'Economia – 71121 FOGGIA nella persona del Direttore Generale.

### **INFORMATIVA**

- La domanda, in competente bollo, deve essere spedita esclusivamente a mezzo raccomandata A/R, all'ASL FG - AREA GESTIONE RISORSE UMANE – UNITA' OPERATIVA PERSONALE CONVENZIONATO – VIALE FORTORE C/O CITTADELLA DELL'ECONOMIA 71121 FOGGIA, dal 01/01/2017 e non oltre il 31 Gennaio 2017;
- Alla presente domanda, sottoscritta dall'interessato, **dovrà obbligatoriamente essere allegata fotocopia non autenticata di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.**
- **La presente domanda va inviata dal 01/01/2017 al 31/01/2017.** Per l'accoglimento della domanda farà fede il timbro postale di partenza. Non saranno prese in considerazione le domande inviate oltre i termini.
- 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 attività svolte **come sostituto, incarico provvisorio e/o a tempo determinato**, il periodo di svolgimento e l'Azienda/Ente presso la quale è stata svolta l'attività.