Marca da bMMarollo **ALLEGATO A**

Marca da bollo

 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………………………………………………………………………………………………………………………….

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-

di …………………………………………………………………..per 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……………………. relativa alla Provincia di………………………………….

Nel cui ambito territoriale intende ottenere incarico ambulatoriale.

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

Chirurgi –Odontoiatri – Veterinari- Biologi –Chimici- Psicologi presso l’ Ordine Provinciale/Regionale di…………………………………….dal………………………………………..

1. di essere in possesso delle seguenti Specializzazioni in:

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

Presso l’Università di …………………………………..con voto………………senza lode conlode

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

Presso l’Università di …………………………………..con voto……………… senza lode conlode

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

 Presso l’Università di …………………………………..con voto……………… senza lode conlode

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

 Presso l’Università di …………………………………..con voto……………… senza lode conlode

1. 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………………………………………………………………………;

1. 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;
2. di fruire / non fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente;
3. di non essere titolare di incarico a Tempo Indeterminato si Specialista Ambulatoriale, Veterinario o Professionista sanitario con massimale orario pari a 38 ore settimanali;
4. di svolgere / non svolgere attività di medico di Medicina Generale e di Medico di Pediatra di libera scelta, fatto salvo quanto previsto alla norma finale n° 2 dell’ A.C.N. vigente;
5. 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_