

# DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA REGIONALE ANNO 2021

ART. 17 ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITÀ SANITARIE (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI) DEL 17.12.2015

**LA PRESENTE DOMANDA E' VALIDA PER L'INCLUSIONE IN UNA SINGOLA BRANCA per cui in caso di presentazione di domanda unica per più graduatorie, verrà presa in considerazione soltanto la prima graduatoria indicata**

**Nel caso l'interessato sia in possesso di due o più titoli di specializzazione che consentano l'inclusione in più graduatorie, occorre presentare specifiche domande separate**

**Primo inserimento**

**Aggiornamento**

**Marca da bollo  
€. 16,00**

Da annullare

**ASL FG  
UNITA' OPERATIVA PERSONALE CONVENZIONATO  
VIA MICHELE PROTANO SNC  
71121 FOGGIA  
[comitatozonalefoggia@mailcert.aslfg.it](mailto:comitatozonalefoggia@mailcert.aslfg.it)**

***(Si prega di compilare la domanda in stampatello)***

|                         |                 |              |
|-------------------------|-----------------|--------------|
| <u>_l_ sottoscritt_</u> | _____ (Cognome) | _____ (Nome) |
|-------------------------|-----------------|--------------|

*secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (Biologi, Chimici, Psicologi), ex art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni.*

**chiede di essere inclus\_\_ nella graduatoria regionale valevole per l'anno 2021 dei:**

- ( ) MEDICI SPECIALISTI nelle branca di \_\_\_\_\_
- ( ) MEDICI VETERINARI AREA ( A ) \_\_\_\_\_
- ( ) MEDICI VETERINARI AREA ( B ) \_\_\_\_\_
- ( ) MEDICI VETERINARI AREA ( C ) \_\_\_\_\_
- ( ) BIOLOGI
- ( ) CHIMICI
- ( ) PROFESSIONISTI PSICOLOGI
- ( ) PROFESSIONISTI PSICOLOGI PSICOTERAPEUTI

A tal fine acclude autocertificazione, relativa ai requisiti ed ai titoli valutabili ai fini della graduatoria.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

c/o \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Recapito telefonico \_\_\_\_\_

## AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

ai sensi dell'art. 46 (dichiarazioni sostitutive di certificazione) e dell'art. 47 (dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà)  
del D.P.R. n. 445/2000

**L'AMMINISTRAZIONE E' TENUTA AD EFFETTUARE IDONEI CONTROLLI SULLA VERIDICITA' DELLE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE RESE  
(ART. 71) CON LE MODALITA' DI CUI ALL'ART. 43 (ACCERTAMENTO D'UFFICIO)**

**(Si prega di compilare la domanda in stampatello)**

|                  |           |        |
|------------------|-----------|--------|
| _I_ sottoscritt_ | (Cognome) | (Nome) |
|------------------|-----------|--------|

### DICHIARA

ai sensi e per gli effetti della legge 445/2000 e successive modificazioni

1.  di essere cittadino italiano  
  
 di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE (specificare) \_\_\_\_\_
2. di essere **nato a** \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
3. di essere **residente** nel Comune di \_\_\_\_\_  
(prov.) \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  

(scrivere in stampatello)
4. Cod.Fisc. !\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!
5. p.e.c. \_\_\_\_\_  
**( obbligatoria ai sensi e per gli effetti della Legge n. 2/2009 e della successiva Legge n. 221/2012)**
6. E-mail \_\_\_\_\_
7. di **possedere** il diploma di laurea ovvero di laurea specialistica o magistrale in  
medicina e chirurgia ; odontoiatria e protesi dentaria ; medicina veterinaria ; biologia ; chimica ;  
psicologia .
8. Conseguito/a presso l'Università di \_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_.  
con voto \_\_\_\_\_ su \_\_\_\_\_ lode ( SI ) \_ ( NO )
9. 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 \_\_\_\_\_
10. di essere iscritto all'**Albo professionale**:  
medici chirurgi o degli odontoiatri ; veterinari ; biologi ; chimici ; psicologi ; psicologi psicoterapeuti ;  
presso l'Ordine provinciale  regionale  nazionale  di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_  
con il n. \_\_\_\_\_

**11.** 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 |
|---------------------|-----------------------|----------------------------|---------|---------|---------------------------|
|                     |                       |                            |         | ___/___ |                           |
|                     |                       |                            |         | ___/___ |                           |
|                     |                       |                            |         | ___/___ |                           |

**12.** di essere / non essere 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

**13.** di avere / non avere (1) subito **provvedimenti disciplinari** da parte delle competenti Commissioni di Disciplina previste dall'attuale o dai precedenti Accordi

**14.** di essere / non essere (1) soggetto ad alcun provvedimento restrittivo di natura disciplinare comminato dall'Ordine in caso affermativo, specificare il provvedimento disciplinare \_\_\_\_\_

**15.** di aver svolto/svolgere la seguente **attività professionale** nella branca o area professionale, **come sostituto, incarico provvisorio, 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 ad es. Inail, Ministero della Difesa, SASN, **che applicano le norme del Vigente Accordo Collettivo Nazionale** -  
**non è valutabile il servizio effettuato precedentemente al 2 ottobre 2000**

**N.B. indicare sempre:** la struttura con l'indirizzo completo presso la quale si è 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** \_\_\_\_\_

Tipo incarico \_\_\_\_\_  
(sostituzione, provvisorio, tempo determinato)

Presso (Ente) \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

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

Totale numero ore lavorate complessivamente nell'intero periodo \_\_\_\_\_

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

Tipo incarico \_\_\_\_\_  
(sostituzione, provvisorio, tempo determinato)

Presso (Ente) \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

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

Totale numero ore lavorate complessivamente nell'intero periodo \_\_\_\_\_

**Branca o area professionale**

Tipo incarico \_\_\_\_\_  
(sostituzione, provvisorio, tempo determinato)

Presso ( Ente ) \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

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

Totale numero ore lavorate complessivamente nell' intero periodo \_\_\_\_\_

**Branca o area professionale**

Tipo incarico \_\_\_\_\_  
(sostituzione, provvisorio, tempo determinato)

Presso (Ente) \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

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

Totale numero ore lavorate complessivamente nell' intero periodo \_\_\_\_\_

**Ulteriori informazioni:**

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

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

- (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

**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
- 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
- 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
- di svolgere attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta, fatto salvo quanto previsto alla norma finale n. 2
- 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 |
|----|----|

|    |    |
|----|----|
| SI | NO |
|----|----|

|    |    |
|----|----|
| SI | NO |
|----|----|

|    |    |
|----|----|
| SI | NO |
|----|----|

|    |    |
|----|----|
| 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
- di svolgere funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale
- 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
- 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
- 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
- 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
- di fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente

|    |    |
|----|----|
| SI | NO |
| SI | NO |
| SI | NO |
| SI | NO |
| SI | NO |
| SI | NO |
| SI | NO |
| SI | NO |

Ente erogante \_\_\_\_\_

**Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze civili e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, dichiara che quanto sopra corrisponde al vero**

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 \_\_\_\_\_

=====

## 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 regionali dei medici specialisti, veterinari, biologi, chimici, psicologi e psicoterapeuti valide per l'anno 2021;
- 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 – Via Michele Protano snc – 71121 FOGGIA nella persona del Direttore Generale.

### INFORMATIVA

- La domanda, in competente bollo, potrà essere spedita entro e non oltre il 31/01/2020:
  1. a mezzo raccomandata A/R, all'ASL FG AREA GESTIONE RISORSE UMANE – UNITA' OPERATIVA PERSONALE CONVENZIONATO – VIA MICHELE PROTANO SNC 71121 FOGGIA;
  2. a mezzo posta elettronica certificata, obbligatoriamente intestata all'interessato, al seguente indirizzo: [comitatozonalefoggia@mailcert.aslfg.it](mailto:comitatozonalefoggia@mailcert.aslfg.it)
  3. consegna a mano direttamente al protocollo dell'ASL FG
- La domanda, sottoscritta dall'interessato dovrà obbligatoriamente essere accompagnata dalla fotocopia non autenticata di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.
- Per l'accoglimento della domanda farà fede la data di partenza ed arrivo dell'istanza di partecipazione
- 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, il periodo di svolgimento e l'Azienda/Ente presso la quale è stata svolta l'attività (Aziende Sanitarie ed altre istituzioni pubbliche che applicano le norme dell'ACN per la specialistica ambulatoriale), il tipo di incarico ( sostituzione, provvisorio, a tempo determinato effettuati nella branca specialistica o area professionale per cui si partecipa... ) ed il numero totale di ore di incarico svolte.

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_

In fede