

PEC: prot.gen.asl.vt.it@legalmail.it

ALLEGATO A

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA: Specialisti Ambulatoriali, Veterinari e altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi)

art. 17 dell'Accordo Collettivo Nazionale 17 dicembre 2015 e successive modificazioni e integrazioni del 21 giugno 2018 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, i veterinari e le altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi).

VALIDITA' ANNO 2021 domanda spedita entro il 31 gennaio 2020

Primo inserimento

Aggiornamento

Il sottoscritto Dott. _____ M _ F _

nato il _____ a _____ (Prov _____) C.F. _____

Residenza Via/Piazza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____ (Prov _____) tel _____

cell _____ e-mail (LEGGIBILE) _____

* PEC (LEGGIBILE) _____

* **obbligatoria** per eventuali comunicazioni da parte delle Aziende Sanitarie.

OBBLIGATORIO: allegare **fotocopia di un documento d'identità in corso di validità** e apporre su questo foglio **la MARCA DA BOLLO** annullando la stessa.

Chiede di essere incluso nella graduatoria dei:

(Dovrà essere presentata **UNA DOMANDA PER OGNI SINGOLA BRANCA O DISCIPLINA** nella quale lo specialista, veterinario o professionista chiede di essere incluso)

medici specialisti ed odontoiatri: branca di _____

medici veterinari: branca di (Area A o B o C): _____

professionisti biologi

professionisti chimici

professionisti psicologi

professionisti psicoterapeuti

a valere per l'anno **2021** relativamente all'ambito zonale di Viterbo e Provincia nel cui territorio intende ottenere l'incarico.

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

Chiede che ogni ulteriore comunicazione, non inviata tramite PEC, venga indirizzata presso:

la propria residenza

il domicilio sotto indicato

Via/Piazza _____ n. _____

Comune _____ CAP _____

Data _____ **Firma per esteso** _____

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DI ATTO NOTORIO
ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445**

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

prov _____ il _____ M ___ F ___ C.F. _____

Comune di residenza _____ Prov _____

Via/Piazza _____ n _____ CAP _____

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 :

1. di essere **cittadino italiano**;
2. di essere **cittadino di altro Paese appartenente alla UE**
(specificare) _____
3. di possedere il diploma di: **laurea (DL) / laurea specialistica(LS)** della classe corrispondente in:
 Medicina e Chirurgia Odontoiatria e Protesi Dentaria
 Medicina Veterinaria Biologia Chimica Psicologia
conseguito in data ____/____/____ **con voto** ____/____ **senza lode** **con lode**,
presso l'Università _____;
4. di essere abilitato all'esercizio della professione di _____
(medico chirurgo- odontoiatra-medico veterinario-biologo-chimico-psicologo) nella sessione _____
presso l'Università di _____;
5. di essere iscritto all'**Albo professionale** dei/degli _____
(medici chirurghi-odontoiatri-veterinari-biologi-chimici-psicologi)
presso l'Ordine provinciale/regionale di _____ dal ____/____/____
6. a) di essere in possesso delle seguenti **specializzazioni in**:
- _____ conseguita il ____/____/____
presso l'Università di _____ con voto ____/____ **senza lode** **con lode**
- _____ conseguita il ____/____/____
presso l'Università di _____ con voto ____/____ **senza lode** **con lode**
- _____ conseguita il ____/____/____
presso l'Università di _____ con voto ____/____ **senza lode** **con lode**

b) di essere in possesso del **titolo di**:
(n.b. il titolo di specializzazione in psicoterapia, riconosciuto ai sensi degli articoli 3 e 35 della legge n. 56 del 18 febbraio 1989 come equipollente alle scuole di specializzazione universitaria, deve intendersi valido in riferimento allo psicologo per la disciplina di psicologia ed al medico o allo psicologo per la disciplina di psicoterapia) come di seguito dichiarato:
- Psicoterapia **ex art. 35 legge 56/89** autorizzazione dall'Ordine degli Psicologi della Regione:
_____ il ____/____/____
- Psicoterapia **ex art. 3 legge 56/89** il ____/____/____ **con voto**/..... **senza lode** **con lode**
presso l'Istituto riconosciuto: _____ di _____ (prov _____)
Via/P.za _____ n. _____ tel _____

7. **-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;

-di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario con massimale orario pari a **38 ore settimanali**;

8. -di avere svolto la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, come sostituto, incaricato provvisorio o incaricato a tempo determinato a favore di Aziende sanitarie ed altre Istituzioni pubbliche (INPS, INAIL, Ministero della Difesa, SASN, ecc) **che applicano le norme del presente Accordo** del 17.12.2015 e precedenti (*indicare il servizio svolto dal 02 ottobre 2000 al 31 dicembre 2019*):

ATTENZIONE: 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.

NON dichiarare altre attività svolte quali incarichi di dipendenza (anche a tempo determinato) ovvero **incarichi di consulenza, contratti libero professionali, ecc.**

NON dichiarare attività svolta a TEMPO INDETERMINATO.

(specificare un totale ore annuo per ogni ASL o altro Ente e NON DICHIARARE I DATI GIA' DICHIARATI):

Branca _____	ASL _____	anno _____	ore tot. annuo _____
Branca _____	ASL _____	anno _____	ore tot. annuo _____
Branca _____	ASL _____	anno _____	ore tot. annuo _____
Branca _____	ASL _____	anno _____	ore tot. annuo _____
Branca _____	ASL _____	anno _____	ore tot. annuo _____
Branca _____	ASL _____	anno _____	ore tot. annuo _____
Branca _____	ASL _____	anno _____	ore tot. annuo _____
Branca _____	ASL _____	anno _____	ore tot. annuo _____
Branca _____	ASL _____	anno _____	ore tot. annuo _____

di aver effettuato AL DI FUORI DELL'ORARIO DI SERVIZIO attività esterna ai sensi dell'art. 30 comma 5 vigente ACN, nella misura di seguito indicata:

N.B. è valutabile esclusivamente l'attività esterna svolta a decorrere dall'anno 2014.

Branca _____	attività esterna fuori orario servizio ASL _____	anno 20__	tot ore _____
Branca _____	attività esterna fuori orario servizio ASL _____	anno 20__	tot ore _____

N.B. In caso di attività svolta in ALTRE REGIONI, indicare con precisione l'amministrazione competente, indirizzo completo e telefono; elementi obbligatori ai fini dell'accertamento sulla veridicità della dichiarazione prodotta (così come previsto all'art. 43, comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.):

ASL/Ente _____ Via _____ n. _____ c.a.p. _____ Comune _____ (prov.) _____
Recapiti telefonici: _____ PEC: _____

ASL/Ente _____ Via _____ n. _____ c.a.p. _____ Comune _____ (prov.) _____
Recapiti telefonici: _____ PEC: _____

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** _____

Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 196/03 e in relazione ai dati personali oggetto di trattamento:

1. *Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento della formazione della graduatoria valida per l'anno 2021. Il trattamento viene effettuato avvalendosi sia di strumenti cartacei che informatici.*
2. *Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, in caso di rifiuto la S.V. non potrà essere inserita in detta graduatoria.*
3. *I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio e sul sito istituzionale dell'ASL di Viterbo.*
4. *L'art.7 del citato Decreto conferisce alla S.V. l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli 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 base 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.*
5. *Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è l'ASL di Viterbo.*

INFORMATIVA

- La domanda, **sempre accompagnata da una fotocopia del documento d'identità in corso di validità e marca da bollo da annullare apposta sul primo foglio** (pena l'esclusione), deve essere spedita a mezzo raccomandata A/R o consegnata a mano o trasmessa con modalità telematica (se definita dalla Regione), al competente ufficio dell'Azienda sede del Comitato Zonale, ovvero al competente ufficio dell'Azienda individuata dalla Regione, entro e non oltre il 31 gennaio di ciascun anno;
- Per l'accoglimento della domanda farà fede il timbro postale o il timbro apposto sulla domanda dall'ufficio competente se consegnata a mano o la data delle ricevute di accettazione e di avvenuta consegna per trasmissioni via PEC. **La ricevuta rilasciata dall'ufficio postale o dall'Azienda Sanitaria, se consegnata a mano, o la ricevuta di avvenuta consegna via PEC saranno gli unici documenti validi da produrre in caso di smarrimento della domanda.**
- 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.
- L'autocertificazione informativa (Allegato B) per l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità dovrà essere presentata unitamente alla comunicazione di disponibilità all'accettazione dell'incarico, pertanto **non dovrà essere allegata** alla domanda di graduatoria.

NON INVIARE

**Curriculum vitae, pubblicazioni, dottorati,
borse di studio, attestati di master, e/o volontariato**