

Marca da
bollo
16,00

Al Comitato Consultivo Zonale di FOGGIA
c/o ASL FG
Piazza della Libertà, 1
71121 FOGGIA

PEC: comitatozonalefoggia@mailcert.aslfg.it

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA ANNO 2017

(art. 21 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali, i veterinari ed altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi)

Il/La sottoscritto/a Dr/Dr.ssa _____ nato/aa _____ (Prov. _____) il _____
Codice Fiscale _____ Comune di residenza _____ (Prov. _____)
Via/Piazza n. _____ Cap _____ telefono _____ Cell. _____ e-mail _____

Chiede di essere incluso/a nella graduatoria

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

- per i medici specialisti ed odontoiatri branca di _____;
- per i medici veterinari Area "A"
- per i medici veterinari Area "B"
- per i medici veterinari Area "C"
- di biologia;
- di chimica;
- di psicologia (disciplina di psicologia)
- di psicologia (disciplina di psicoterapia)

a valere per l'anno 2017, relativa al Comitato Consultivo Zonale di Foggia nel cui ambito intende ottenere incarico ambulatoriale.

A tal fine **acclude** alla presente la seguente documentazione:

- a) autocertificazione informativa;
- b) n _____ documenti relativi ai titoli in suo possesso, valutabili ai fini della graduatoria predetta e specificati nel prospetto interno.

Dichiara

- di aver presentato domanda nell'anno precedente (in tal caso non è necessario allegare la documentazione già presentata);
- di non aver presentato domanda nell'anno precedente.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:
c/o _____ Comune _____ Provincia _____
indirizzo _____ n. _____ cap. _____

Data _____

Firma per esteso _____

Avvertenze importanti

Ai fini dell'attribuzione del relativo punteggio, la documentazione allegata deve essere tale da poterne consentire la valutazione e non si terrà conto di quella dalla quale non sia possibile dedurre i dati di valutazione o di quella mancante rispetto a quanto dichiarato dall' aspirante.

La domanda deve essere intestata al Comitato Consultivo Zonale di Foggia c/o ASL FG - Piazza della Libertà, 1 – 71121 FOGGIA – e può essere inviata a mezzo PEC (comitatozonalefoggia@mailcert.aslfg.it) entro il 31 gennaio 2016 (in questo caso far pervenire marca da bollo originale), oppure a mezzo raccomandata a/r (in tal caso fa fede il timbro postale) o consegnata direttamente al protocollo della ASL FG – **entro e non oltre il 31 gennaio 2016.**

A PENA DI ESCLUSIONE Se la domanda è presentata personalmente al protocollo della ASL FG senza la fotocopia non autenticata della carta d'identità, la firma deve essere apposta all'atto della sua presentazione, avanti al dipendente addetto a riceverla.

Se, viceversa, la domanda è presentata da un terzo o inviata per posta, deve essere già sottoscritta dall'interessato ed accompagnata dalla fotocopia non autenticata di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.

Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità della dichiarazione, il medico può trasmettere copia, non autenticata, dei certificati di servizio di cui sia già in possesso.

Alla scadenza del termine di presentazione della domanda di inserimento nella graduatoria, pena la nullità della domanda stessa e di ogni altro provvedimento conseguente, l'aspirante deve possedere i seguenti requisiti:

- a) essere iscritto all'albo professionale;
- b) possedere il diploma di laurea in medicina e chirurgia, odontoiatria e protesi dentaria, medicina veterinaria, psicologia, scienze biologiche, chimica, ovvero la laurea specialistica della classe corrispondente;
- c) possedere il titolo per l'inclusione nelle graduatorie delle branche principali della specialità medica, veterinaria o della categoria professionale interessata (allegato A e A bis dell'ACN vigente).

Il titolo è rappresentato dal diploma di specializzazione in una delle branche principali della specialità. Per la branca di odontostomatologia costituisce titolo valido per l'inclusione in graduatoria anche l'iscrizione all'albo professionale degli odontoiatri di cui alla legge n. 409/85. 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, deve intendersi valido in riferimento allo psicologo per la disciplina di psicologia ed al medico o allo psicologo per la disciplina di psicoterapia.

La domanda di inclusione in graduatoria deve essere rinnovata di anno in anno e deve contenere le dichiarazioni concernenti i titoli accademici o professionali che comportino modificazioni nel precedente punteggio.

Ai fini della graduatoria sono valutabili i titoli professionali conseguiti fino al 31/12/2015.

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 di quanto segue:

1. il trattamento dei dati personali raccolti è finalizzato esclusivamente all'espletamento da parte di questo Comitato Consultivo Zonale della formazione della graduatoria provinciale dei medici specialisti ambulatori interni, medici veterinari ed altre professionalità valida per l'anno 2017;
2. il trattamento viene effettuato avvalendosi anche di mezzi informatici;
3. il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra, pertanto, in caso di rifiuto, Ella non potrà essere inserito in detta graduatoria.
4. i dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia;

5. 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;
6. Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda sede del Comitato nella persona del Direttore Generale.

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
(prov. _____) il _____, M__ F__ Codice Fiscale _____
Comune di residenza _____ (prov. _____) Indirizzo Via
_____ n. _____ Cap. _____ telefono _____
cell. _____ e-mail _____
Recapito professionale nel Comune di _____ (Prov. _____)
Via _____ n. _____ Cap. _____ telefono _____

Dichiara, ai sensi e agli effetti del D.P.R. n. 445/2000

1 di possedere il diploma di laurea (DL) ovvero la laurea specialistica (LS) della classe corrispondente in _____ (medicina e chirurgia o odontoiatria e protesi dentaria, medicina veterinaria, biologia, chimica, psicologia) con voto ____/110 (DL) ____/100 (LS) conseguito presso l'Università di _____ in data _____

2 di essere abilitato all'esercizio della professione di _____ (medico chirurgo o odontoiatra, medico veterinario, biologo, chimico, psicologo) nella sessione _____ presso l'Università di _____

3 di essere iscritto all'Albo Professionale _____ (dei medici chirurghi o degli odontoiatri, medici veterinari, biologi, chimici, 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 _____

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) iscritto 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 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. 292/87 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 del D.Lvo 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 _____);

7 – di avere svolto la seguente attività professionale nella branca o area professionale, come sostituto, incarico provvisorio e a tempo determinato ai sensi dell'ACN reso esecutivo con intesa n. 2272/2005 e successive modificazioni ed integrazioni (non indicare attività svolta in qualità di dipendente, libero professionista, ecc.):

BRANCA DI _____

AREA PROFESSIONALE DI BIOLOGIA, CHIMICA, PSICOLOGIA

ANNO	ENTE	ORE SETTIMANALI	DAL	AL	TOTALE ORE LAVORATE NEL PERIODO (2)

NOTE

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 effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 196 del 30/6/03, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento.

Data _____

Firma per esteso _____

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) se non indicate, il calcolo verrà fatto in automatico

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

Documento identità _____

Rilasciato da _____

Data _____ Firma per esteso di chi riceve la domanda _____