

DOMANDA IN BOLLO

PARTE PRIMA

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA Specialisti Ambulatoriali, Veterinari e altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi) art. 19 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali, i veterinari e le altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi)

**AL COMITATO CONSULTIVO
ZONALE DI COSENZA**
c/o ASP di COSENZA
via Alimena n. 8
87100 COSENZA

- PRIMO INSERIMENTO
 AGGIORNAMENTO

Il sottoscritto Dott....., nato a.....(prov.....)
il..... M_F_ Codice Fiscale.....
Comune di residenza(prov.....)
Indirizzo Via n..... Cap.....
telefono..... Recapito professionale nel Comune di..... (prov.....)
Via.....n.....Cap.....telefono.....
PEC.....EMAIL.....

Chiede di essere incluso 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 –

- Medici specialisti ed odontoiatri: branca di
 Medici veterinari:area (A,B,C,indicare solo una).....
 Biologi
 Chimici
 Professionisti Psicologi
 Professionisti Psicoterapeuti

a valere per l'anno **2023**, relativa alla Provincia di COSENZA nel cui ambito territoriale intende ottenere incarico.

A tale 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.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

- la propria residenza
 il domicilio sottoindicato:

c/o.....Comune.....Provincia.....indirizzo
.....n.....CAP.....

Data.....Firma per esteso.....

Avvertenze importanti

- I documenti comprovanti il possesso dei titoli dichiarati devono essere in regola con le norme sull'imposta di bollo e le disposizioni di legge vigenti.
- 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 è possibile dedurre i dati di valutazione o di quella mancante rispetto a quanto dichiarato dall'aspirante.
- Se la domanda è presentata personalmente al competente ufficio del Comitato Zonale, 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.**

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il Sottoscritto Dott....., nato a.....(Prov.....) il.....
 M__ F__ Codice Fiscale..... comune di residenza.....
 (prov.....) Indirizzo Via.....n.....Cap.....telefono.....
 Recapito professionale nel Comune di (prov.....) Via.....
 n..... Cap..... telefono.....

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

- di essere cittadino italiano
 di essere cittadino di altro Paese appartenente alla U.E. – Specificare.....

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, o medicina veterinaria, o biologia, o chimica, o psicologia) con voto...../110(DL)...../100 (LS) conseguito/a presso l'Università di..... in data.....

- con lode
 senza lode

2. 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.....

3. di essere iscritto all'Albo professionale..... (dei medici chirurghi o degli odontoiatri, o dei veterinari, o dei biologi, o dei chimici, o degli 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...../.....

- con lode
 senza lode

in.....conseguita-il.....presso-l'Università-di.....con voto...../.....

- con lode
 senza lode

in.....conseguita-il.....presso-l'Università-di.....con voto...../.....

- con lode
 senza lode

in.....conseguita-il.....presso-l'Università-di.....con voto...../.....

- con lode
 senza lode

5. di essere/non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;

6. di 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;

7. di esercitare /non esercitare(1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

8. di essere / non essere (1)titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

9. di svolgere / non svolgere(1) attività di medico di medicina generale;

10. di svolgere/ non svolgere (1) attività di pediatra di libera scelta;

11. di essere /non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista(Biologo,Chimico, Psicologo);

12. di essere /non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista(Biologo,Chimico, Psicologo);

13. di esercitare /non esercitare (1) la professione medica /sanitaria 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 che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi(*in caso affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività*) _____

14. di svolgere/ non svolgere(1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;

15. di non fruire (4) del trattamento per l'invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

16. di non fruire (4) di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente;

17. di non essere (4) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista(Biologo,Chimico, Psicologo) con massimale pari a 38 ore settimanali;

18. di operare/ non operare (1) a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N.(*in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività*) _____;

19. essere / non essere (1) 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;

20. di essere/ non essere(1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e s.m.i.;

21. di avere /non avere(1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale(*in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata*) _____;

22. di essere /non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei _____ di _____.(*In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata di sospensione dall'albo*) _____;

23. di avere/ non avere riportato condanne penali e di avere / non avere (1) procedimenti penali pendenti;

24. di percepire / non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale (*in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta* _____ *e la misura dell'indennità percepita* _____).

25. di avere svolto la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, come sostituto, incarico provvisorio e a tempo determinato(*indicare il servizio svolto fino al 31 dicembre dell'anno precedente*):

Branca o area professionale presso (2) ore sett. dal al

.....
.....
.....
.....
.....
.....

NOTE (3)

.....
.....
.....
.....

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. 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 apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a **copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità** (art. 38 del DPR 445/2000).

Firma apposta alla presenza di _____

Con identificazione del Dichiarante mediante _____

Il Funzionario

La domanda dovrà essere compilata in ogni sua parte facendo attenzione alle seguenti note:

- (1) cancellare la parte che non interessa**
- (2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme del presente accordo**
- (3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste**
- (4) barrare obbligatoriamente, in caso contrario in applicazione delle norme dell'accordo vigente si provvederà ad esclusione.**

N.B. La presente autocertificazione informativa, con le appropriate modificazioni, è utilizzabile anche per le comunicazioni, ai comitati di cui all'art. 16, relative alle modificazioni nel proprio stato di servizio.