

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA 2020: Specialisti Ambulatoriali, Veterinari e altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi)

art. 17 dell'Accordo Collettivo Nazionale 17 dicembre 2015 e s.m.i. per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, i veterinari e le altre professionalità (biologi, chimici, psicologi)

Primo inserimento

Aggiornamento

Marca da bollo
16,00 euro

**Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro
al Comitato Consultivo Zonale
Via A. Daniele 18,
88100 Catanzaro**

Il sottoscritto....., nato a.....

(prov.....)il.....Codice Fiscale.....

Comune di residenza.....(prov.....)

Indirizzon.....Cap.....

telefono.....

PEC.....(leggibile)*.

chiede di essere incluso nella graduatoria 2020 dei:

medici specialisti ed odontoiatri: branca di.....

medici veterinari: area.....

biologi

chimici

professionisti psicologi

professionisti psicoterapeuti

a valere per l'anno 2020 relativamente all'ambito zonale di **Catanzaro** nel cui territorio intende ottenere incarico.

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

Chiede che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo di posta elettronica Pec

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

*(Si precisa che tutte le comunicazioni Aziendali saranno inoltrate via pec. Pertanto sarà V.s. cura comunicare quanto richiesto).

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

Il sottoscritto.....nato a.....

(prov.....)ilcodice fiscale

.....Comune di residenza.....prov.....

indirizzo.....n.....CAP.....

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

DICHIARA

ai sensi ed 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 UE (*specificare*).....

di possedere il diploma di laurea (DL) la laurea specialistica (LS) della classe corrispondente in (medicina e chirurgia - odontoiatria e protesi dentaria - medicina veterinaria - biologia - chimica - psicologia):

diploma di laurea con voto/110 senza lode con lode, conseguito 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 abilitato all'esercizio della professione di..... (medico chirurgo - odontoiatra - medico veterinario - biologo - chimico - psicologo) nella sessione..... presso l'Università di.....;

di essere iscritto all'Albo professionale dei/degli..... (medici chirurghi - odontoiatri - veterinari - biologi - chimici - psicologi) presso l'Ordine provinciale /regionale di..... dal.....

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

..... conseguita il...../...../.....
presso l'Università di..... con voto..... senza lode con lode

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;

di avere svolto la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, quali: sostituzioni, incarichi provvisori e a tempo determinato effettuati nella branca **specialistica o area professionale per cui si partecipa**, presso Aziende sanitarie ed altre Istituzioni pubbliche che applicano le norme del vigente Accordo (INPS, INAIL, Ministero della Difesa, SASN (sono uffici che erogano l'assistenza sanitaria al personale in navigazione marittima o imbarcato) ecc): (non è valutabile il servizio effettuato precedentemente al 2 ottobre 2000).

- **Indicare con precisione i dati richiesti, elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni utili ad accertare la veridicità della dichiarazione prodotta (art. 43 DPR 445/2000),**

Non si potrà tenere conto di eventuali dati e/o informazioni incomplete .

TITOLI DI SERVIZIO

INCARICO CONFERITO AI SENSI dell'Accordo Collettivo Nazionale 17 dicembre 2015 e s.m.i. per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, i veterinari e le altre professionalità (biologi, chimici, psicologi) presso:

ENTE/I _____

Indirizzo/i di posta elettronica certificata dell' ENTE /I sopraelencato/i
PEC _____

PEC _____

1) Branca specialistica o area professionale _____

2) Dichiaro di avere svolto la seguente attività professionale:

ENTE presso il quale è stato svolto incarico ai sensi dell'ACN 2015 e s.m.i. (ASP, INPS, INAIL, Ministero della Difesa, SASN, ecc)	Tipo di incarico (indicare se trattasi di sostituto provvisorio, determinato indeterminato)	DAL	AL	TOTALE ORE	Indicare il n° e la data del Provved. adottato per il conferimento dell'incarico (Delibera /determina /altro) adottato per il conferimento dell'incarico
Totale ore					

NOTE _____

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 _____

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:

Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento della formazione della graduatoria valida per l'anno 2020. Il trattamento viene effettuato avvalendosi sia di strumenti cartacei che informatici.

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.

I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione e sul sito istituzionale di ciascuna Azienda della Regione Calabria

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 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 e Responsabile del trattamento dei dati è l'Azienda Sanitaria di Catanzaro

INFORMATIVA

- La domanda, in bollo, deve essere spedita a mezzo raccomandata A/R o consegnata a mano presso la sede del Comitato Zonale (ufficio protocollo Distretto di Catanzaro Via Daniele n.18) trasmessa con modalità telematica all'indirizzo pec comitatoconsultivozonale@pec.aspcatanzaro.it entro e non oltre il 31 Gennaio 2019;
- Se la domanda è presentata personalmente al competente ufficio dell'Azienda 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 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.

N.B. allega la fotocopia di un documento di identità in corso di validità.