**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

( indicare la branca o area **secondo l’allegato 2 dell’ACN** )

art.17 dell'Accordo Collettivo Nazionale 17 dicembre 2015 s.m.i. per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali, i veterinari e le altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi)

**☐Primo inserimento ☐Aggiornamento**

### RACCOMANDATA A/R All’ Azienda Sanitaria Provinciale

|  |
| --- |
| **Marca Bollo** |

### GRU Specialistica Ambulatoriale Interna

Via Sant’Anna II tronco pal. TiBi n°18

89128 REGGIO di CALABRIA

grupersonaleconvenzionato.asprc@certificatamail.it

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(prov.\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ M\_\_ F\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_Cap\_\_\_\_\_\_\_\_\_telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

##### Chiede di essere incluso nella graduatoria dei:

**☐**medici **specialisti** ed **odontoiatri:** branca di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**☐**medici **veterinari:** area **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**☐biologi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**☐chimici \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**☐**professionisti **psicologi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**☐**professionisti **psicoterapeuti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

a valere per l’anno **2025**, relativamente all’ambito zonale di **REGGIO CALABRIA** 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 sia inviata al seguente indirizzo:

**☐**la propria residenza **☐**il domicilio sotto indicato:

c/o\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_\_\_) via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**☐ di essere disponibile** per sostituzioni, incarichi provvisori e, a tempo determinato**.**

**☐ non essere disponibile** per sostituzioni, incarichi provvisori e, a tempo determinato**.**

**Data** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Firma per esteso**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(allegare fotocopia documento d’identità

**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 Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(prov.\_\_\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ M\_\_ F\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_\_\_\_)

Indirizzo Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_ Cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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***:

**1.☐** di essere cittadino italiano

**2.☐** di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE: (*specificare*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3.☐** di possedere: **☐**il diploma di laurea (DL) **☐**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*)

- il diploma di laurea con voto \_\_\_\_\_/110 **☐**senza lode **☐**con lode conseguito presso l'Università di

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

- la laurea specialistica/magistrale con voto \_\_\_\_\_/100 **☐**senza lode **☐**con lode conseguita presso

l'Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**4.**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5.**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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6.**di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:

in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguita il\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ presso l'Università di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con voto\_\_\_\_\_\_\_ **☐**senza lode **☐**con lode

in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguita il\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ presso l'Università di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con voto\_\_\_\_\_\_\_ **☐**senza lode **☐**con lode

in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguita il\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ presso l'Università di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con voto\_\_\_\_\_\_\_ **☐**senza lode **☐**con lode

**7.** di non fruire del trattamento per l’invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al *decreto 15 ottobre 1976* del Ministero del lavoro e della previdenza sociale;

**8.** di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;

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

**10.**di avere svolto la seguente attività professionale nella branca 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** | **Presso**(2) | **n. ore** | **dal** | **al** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

In caso di attività svolta in altra Regione, indicare con precisione l’amministrazione competente, indirizzo completo e telefono, elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni utili ad accertare la veridicità della dichiarazione prodotta (*art. 43 DPR 445/2000*), **altrimenti il servizio non è valutabile**:

ASL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_Comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_) tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_Comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_) tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOTE**(1): ………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

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

Firma apposta alla presenza di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con identificazione del dichiarante mediante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(1)** spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.

**(2)** Azienda Sanitaria o Istituzione **Pubblica** che applica le norme del presente accordo.

**TITOLI E CRITERI DI VALUTAZIONI PER LA FORMAZIONE DELLE GRADUATORIE DI CUI ALL'ART. 17 dell’ACN**

**TITOLI ACCADEMICI**

Voto di laurea 110/110 e lode o 100/100 e lode punteggio 3,00

Voto di laurea da 101/110 a 110/110 o da 91/100 a 100/100 punteggio 2,00

**MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI - ODONTOIATRI - VETERINARI**

**1**. Specializzazioni in Branche specialistiche:  
- per la prima specializzazione punteggio 3,00

- specializzazione ai sensi degli artt. 3 e 35 della legge n.56/89 punteggio 3,00  
- per ogni ulteriore specializzazione punteggio 1,00  
**2**. Voto di specializzazione:  
con lode (una sola volta) punteggio 3,00  
con il massimo dei voti (una sola volta) punteggio 2,00

**BIOLOGI – CHIMICI – PSICOLOGI**

**1**. Specializzazioni:  
- per la prima specializzazione punteggio 3,00  
- specializzazione ai sensi degli artt. 3 e 35 della legge n.56/89 punteggio 3,00  
per ogni ulteriore specializzazione punteggio 1,00  
**2**. Voto di specializzazione:  
- con lode (una sola volta) punteggio 3,00  
- con il massimo dei voti (una sola volta) punteggio 2,00

**TITOLI PROFESSIONALI**

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 **presente Accordo** (Inps, Inail, Ministero della Difesa, SASN, ecc):

(non è valutabile il servizio effettuato precedentemente al 2 ottobre 2000)

- per ciascuna ora di attività svolta punteggio 0,003

A parità di punteggio prevale prima l'anzianità di specializzazione, poi di laurea e, in subordine, la minore età.

### **Informativa resa all’interessato per il trattamento di 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 2025**;
2. il trattamento viene effettuato avvalendosi sia di strumenti cartacei che informatici;
3. 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;
4. i dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria e/o sul sito istituzionale di ciascuna Azienda della Regione Calabria e/o sul sito istituzionale dell’Ordine dei Medici di Reggio Calabria e/o del SUMAI;
5. 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 intellegibile, di avere conoscenza dell’origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento, di ottenere l’aggiornamento, l’integrazione dei dati; di opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati personali;
6. titolare e responsabile del trattamento dei dati è **l’Azienda Sanitaria di Reggio Calabria, con sede in via Sant’Anna II tronco pal. TiBi n°18, 89128 Reggio Calabria.**

**INFORMATIVA**

* La **domanda, in bollo**, deve essere spedita a mezzo raccomandata A/R o consegnata a mano o trasmessa con modalità telematica, (*se definita dalla Regione Calabria*), 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 2024**.
* 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 **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.