

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

( indicare la branca o area )

art.17 dell'Accordo Collettivo Nazionale 17 dicembre 2015 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

Marca Bollo

All' AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
Uff. Specialistica Ambulatoriale  
Via Sant'Anna II tronco pal. Ti Bi n°18  
89128 REGGIO di CALABRIA

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 **2020**, 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 \_\_\_\_\_

**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 di 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):

- 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:

- A. il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento della formazione della graduatoria valida per l'anno 2020;
- B. il trattamento viene effettuato avvalendosi sia di strumenti cartacei che informatici;
- C. 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;
- D. 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;
- E. 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;
- F. 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, 89128Reggio 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 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 **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.