

ALLEGATO A

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA SPECIALISTI AMBULATORIALI, VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITÀ (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI)

ex art. 19 dell'Accordo Collettivo Nazionale 31 Marzo 2020 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, i veterinari e le altre professionalità (biologi, chimici, psicologi)

● **PRIMO INSERIMENTO**

● **AGGIORNAMENTO**

Spazio per l'apposizione della marca da bollo, da annullare con data e firma

AL COMITATO ZONALE DI LECCE
Per la Medicina Specialistica Ambulatoriale
c/o Asl Lecce
Viale Don Minzoni n. 8
73100 L E C C E
gestionerapporticonvenzionali.asl.lecce@pec.rupar.puglia.it

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____

(prov. _____) il _____ M__ F__ , Codice Fiscale _____

Comune di Residenza _____ (Prov. _____)

Indirizzo _____ n. _____ Cap _____ Tel. _____

PEC _____ E-MAIL _____

CHIEDE DI ESSERE INCLUSO NELLA GRADUATORIA REGIONALE DEI:

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 (presentare una domanda per ogni singola Area) : AREA _____
- BIOLOGI
- CHIMICI
- PSICOLOGI
- PSICOTERAPEUTA

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

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

Chiede che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo :

Data _____

Firma per esteso _____

**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.....) il.....M_F___ Codice Fiscale.....
Comune di residenza.....(prov.....)
Indirizzon.....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 la laurea magistrale a ciclo unico in conseguita presso
l'Università di..... in data...../...../..... con voto/.....
 senza lode con lode;
- di possedere il diploma di laurea triennale in..... conseguito presso
l'Università di..... in data...../...../..... con voto/.....
 senza lode con lode;
- di possedere il diploma laurea specialistica biennale in..... conseguita presso
l'Università di..... in data...../...../..... con voto/.....
 senza lode con lode;

- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di.....
(medico chirurgo - odontoiatra - medico veterinario - biologo - chimico - psicologo)
in data...../...../..... 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.....
a decorrere dalla data/...../.....

- di essere in possesso dei seguenti diplomi di specializzazione quadriennale in:
1) conseguita il...../...../..... presso
l'Università di..... con voto...../..... senza lode con lode
2) conseguita il...../...../..... presso
l'Università di..... con voto...../..... senza lode con lode
3) conseguita il...../...../.....
presso l'Università di..... con voto..... senza lode con lode

DICHIARA INOLTRE

- 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, ai sensi dell'ACN per la disciplina dei rapporti con gli Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari ed Altre Professionalità Sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali, approvato in data 31/03/2020 - presso Aziende Sanitarie ed altre istituzioni pubbliche (INPS, INAIL, MINISTERO della DIFESA, SASN, ecc) la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, in qualità di specialista/professionista ambulatoriale sostituto, incaricato provvisorio o a tempo determinato:

NB: (INDICARE ESCLUSIVAMENTE IL SERVIZIO SVOLTO FINO AL 31 DICEMBRE DELL'ANNO PRECEDENTE ALLA DATA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA IN QUALITÀ DI SPECIALISTA AMBULATORIALE. NON INDICARE ATTIVITÀ SVOLTA AD ALTRO TITOLO, ES. CON RAPPORTO DI DIPENDENZA O CONTRATTO LIBERO PROFESSIONALE, PENA L'ESCLUSIONE DALLA GRADUATORIA).

NB: NON È VALUTABILE IL SERVIZIO EFFETTUATO PRECEDENTEMENTE AL 2 OTTOBRE 2000.

BRANCA SPEC/AREA PROF.LE	AZIENDA/ENTE	ORE SETTIMANALI	ORE TOTALI	DAL	AL

MOTIVI DI ESCLUSIONE

Costituiscono motivi di esclusione:

- La mancanza dei requisiti generali e specifici richiesti dall'Acn/2020 per l'inserimento nelle singole graduatorie;
- La mancanza della firma nella domanda;
- La mancanza del documento di identità
- La mancata acclusione alla domanda di documento di riconoscimento (identità) in corso di validità, trattandosi di un elemento costitutivo dell'autocertificazione.
- La presenza di dichiarazioni mendaci eventualmente riscontrate a seguito dei controlli effettuati dall'Amministrazione circa il contenuto delle dichiarazioni rilasciate anche in merito a servizi prestati a titolo diverso rispetto a contratti di Specialistica Ambulatoriale.

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto....., nato a.....
 (prov.....)il.....M_F_Codice Fiscale.....
 Comune di residenza.....(prov.....)
 Indirizzon.....Cap.....
 telefono.....
 PEC.....e-mail.....

ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R.

DICHIARA

1. 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;
2. 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.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
3. di esercitare /non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
4. di essere/ non essere (1) titolare o partecipante di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
5. di svolgere/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;
6. di svolgere/non svolgere (1) attività pediatra di libera scelta;
7. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
8. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
9. di esercitare/non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole 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 _____);

10. di svolgere/non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;
11. di fruire/non fruire (1) 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;
12. 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 _____);
13. di 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.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;
14. 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 successive modifiche ed integrazioni;
15. di fruire/non fruire (1) di trattamento di quiescenza;
16. 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 _____);
17. 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 (in caso di sospensione dall'Albo): _____;
18. di avere/non avere (1) riportato condanne penali e di avere/non avere (1) procedimenti penali pendenti;
19. 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 _____).

NOTE (3)

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

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

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità

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

N.B. La presente autocertificazione informativa, con le appropriate modificazioni, è utilizzabile anche per le comunicazioni, ai comitati di cui all'art. 16 dell'ACN, relative alle modificazioni intervenute nello stato professionale.