

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

art.19 dell'Accordo Collettivo Nazionale 31 marzo 2020 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** : branca di _____

odontoiatri

medici **veterinari**: area _____

biologi

chimici

professionisti **psicologi**

professionisti **psicoterapeuti**

a valere per l'anno **2024**, 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

ovvero – per la branca di Cure Palliative – della certificazione regionale attestante l'esperienza triennale nella rete delle cure palliative, secondo quanto previsto dall'art 1, comma 522, della legge 30 dicembre 2018, n.145, rilasciata dalla Regione il

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;

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. _____

-(**solo per specialisti cessati dall'incarico a tempo indeterminato**): di aver svolto la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, a tempo indeterminato (indicare il servizio svolto fino al 31 dicembre dell'anno precedente):

Branca o area presso n° ore dal al

Branca o area	presso	n° ore	dal	al

(non è valutabile il servizio effettuato precedentemente al 02 ottobre 2000)

Di essere non essere disponibile per incarichi provvisori, a tempo determinato o sostituzioni

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 2024**;
- 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, 89128 Reggio Calabria**.

INFORMATIVA

- La **domanda, in bollo**, deve essere spedita a mezzo raccomandata A/R o trasmessa con PEC (, 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 2023**.
- 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.