

MARCA
DA BOLLO
€ 16,00

AL
COMITATO ZONALE MEDICINA SPECIALISTICA
AMBULATORIALE
C/O ASL VC
CORSO MARIO ABBIATE 21
13100 VERCELLI

PEC: aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it

**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLE GRADUATORIE: SPECIALISTI AMBULATORIALI, VETERINARI E
ALTRE PROFESSIONALITÀ (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI)**

VALEVOLI PER L'ANNO 2023

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)

LA PRESENTE DOMANDA E' VALIDA PER L'INCLUSIONE IN UNA SINGOLA BRANCA

Il sottoscritto....., nato a.....
(prov.....) il.....M....F....Codice Fiscale.....
Comune di residenza.....(prov)
Indirizzon.....Cap.....
telefono..... (obbligatorio)
PEC.....e-mail(obbligatoria)

CHIEDE:

di essere incluso nella graduatoria dei medici specialisti ed odontoiatri: branca di a valere per l'anno **2023** relativamente all'ambito zonale di **VERCELLI** nel cui territorio intende ottenere incarico.

di essere incluso nella graduatoria dei medici specialisti ed odontoiatri: branca di a valere per relativamente all'ambito zonale di **VERCELLI** per il conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione (ex art. 19 c. 12 A.C.N. 31/03/2020)

A tale fine acclude autocertificazione, relativa al possesso dei requisiti e dei titoli valutabili per

l'inserimento in graduatoria. Chiede che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo (indicare solo se diverso dalla residenza):

.....

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..... (medicina,e chirurgia, odontoiatria e protesi dentaria) 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) in data...../...../..... presso l'Università di.....

-di essere iscritto all'Albo professionale dei/degli..... (medici chirurghi - odontoiatri) 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).

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

Parte riservata a Medici Specialisti ambulatoriali che intendano iscriversi nuovamente nelle graduatorie e che in passato abbiano avuto un incarico a tempo indeterminato ora cessato

- 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 con incaricato a tempo indeterminato:

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

Allega copia di valido documento di identità valido.

MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

- **La domanda in bollo deve essere spedita a mezzo raccomandata A/R o consegnata a mano all'ufficio protocollo dell'Asl VC, , Corso Mario Abbiate 21 1 13100 VERCELLI tassativamente, pena esclusione, dall' 01/01/2022 al il 31/01/2022;**
- per l'accoglimento della domanda farà fede il timbro postale o il timbro apposto sulla domanda dall'ufficio protocollo se consegnata a mano;
- la ricevuta rilasciata dall'ufficio postale o dall'Azienda Sanitaria, se consegnata a mano, saranno gli unici documenti validi da produrre in caso di smarrimento della domanda;
- per ogni branca specialistica o area professionale per la quale si richiede l'inserimento in graduatoria, dovrà essere inviata una specifica domanda completa di tutta la documentazione necessaria alla valutazione del possesso dei requisiti e titoli di studio e professionali;
- 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. Laddove i dati riportati nella domanda risultino incompleti, non saranno valutati: 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 con relativi recapiti telefonici e/o mail.

Per informazioni
COMITATO ZONALE MEDICINA SPECIALISTICA C/O ASL VC
LARGO GIUSTI 1 -13100 VERCELLI –
mail: convenzioni.cnu@aslvc.piemonte.it
tel 0161 -593052 – 0161-593886

INFORMAZIONI RESE ALL'INTERESSATO SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento del Parlamento Europeo e del Consiglio n° 679 del 27 aprile 2016, La informiamo che i dati personali che La riguardano, riportati nella "Domanda di inclusione nella graduatoria 2022" e nella "Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio" saranno trattati per le sole finalità amministrative concernenti l'espletamento della formazione della graduatoria valida per l'anno 2022.

Il trattamento avverrà in modalità cartacea ed informatica, riguarderà dati comuni, cioè non "particolari, e si svolgerà per il tempo minimamente necessario alle finalità della raccolta, decorso il quale si procederà con la cancellazione/distruzione del materiale e delle informazioni di cui si tratta.

Il fondamento di liceità del trattamento è costituito dall'interesse pubblico perseguito e la sua base giuridica è rappresentata dalla normativa di settore.

Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, in caso di rifiuto l'Azienda non sarebbe in grado di dar seguito all'inserimento della S.V. nella graduatoria di cui si tratta.

I dati personali (esclusivamente nome cognome e posizione in graduatoria) saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione e sul sito istituzionale dell'Asl VC.

Responsabile del trattamento è Il Direttore della SC Distretto.

Sui Suoi dati personali Lei potrà esercitare i diritti riconosciutigli dagli artt. da 15 a 22 del summenzionato Regolamento Europeo sulla Privacy.

Con la firma in calce alla presente Lei dichiara anche di accettare l'utilizzo dei Suoi dati personali con le modalità esposte nelle presenti Informazioni.

Data.....Firma per esteso