**ALLEGATO A**

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

art. 17 dell’Accordo Collettivo Nazionale 17 dicembre 2015 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, i veterinari e le altre professionalità (biologi, chimici, psicologi)

⎕ **Primo inserimento** ⎕ **Aggiornamento**

**Marca da bollo**

ALL’Azienda Sanitaria di...........................................

…...........................................................................................

Il sottoscritto.........................…..............................................................……, nato a....................................................

(prov…......)il...................................................M\_\_F\_\_\_Codice Fiscale………............................................................

Comune di residenza.............................................................................................................(prov...........)

Indirizzo …........................................................….............................................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…………. relativamente all’ambito zonale di....................................................................

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 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...........)

Indirizzo …........................................................….............................................n……...…..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 il diploma di laurea (DL) ⎕ la laurea specialistica (LS) della classe corrispondente in ............................................................................................................. (medicina e chirurgia - odontoiatria e protesi dentaria - medicina veterinaria - biologia - chimica - psicologia):
* diploma di laurea con voto ........../110 ⎕ senza lode ⎕ con lode, conseguito presso l’Università di....................................... ...................... in data.........../........../................;
* laurea specialistica/magistrale con voto ........../100 ⎕ senza lode ⎕ con lode conseguita presso l’Università di....................................................... in data.........../........../..........;
* di essere abilitato all’esercizio della professione di........................................................... (medico chirurgo – odontoiatra - medico veterinario - biologo - chimico - psicologo) nella sessione....................................... 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.................................. dal.....................................
* di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:

................................................................................................................................... conseguita il......./........../........... presso l’Università di.............................................................. con voto..................⎕ senza lode ⎕ con lode

................................................................................................................................... conseguita il......./........../........... presso l’Università di.............................................................. con voto..................⎕ senza lode ⎕ con lode

.................................................................................................................................... conseguita il......./........../........... presso l’Università di.............................................................. con voto..................⎕ senza lode ⎕ con lode

.................................................................................................................................... conseguita il......./........../........... presso l’Università di.............................................................. con voto..................⎕ senza lode ⎕ con lode

* 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 la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, come sostituto, incaricato provvisorio o incaricato a tempo determinato *(indicare il servizio svolto fino al 31 dicembre dell’anno precedente)*:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Branca specialistica o  area professionale | presso (2) | n. ore | dal | al |
| ……………………….................... | …….…………………. | ……… | ……… | ……….. |
| ……………………….................... | …….…………………. | ……… | ……… | ……….. |
| ……………………….................... | …….…………………. | ……… | ……… | ……….. |
| ……………………….................... | …….…………………. | ……… | ……… | ……….. |
| ……………………….................... | …….…………………. | ……… | ……… | ……….. |
| ……………………….................... | …….…………………. | ……… | ……… | ……….. |

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMATIVA RESA ALL’INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI 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........... Il trattamento viene effettuato avvalendosi sia di strumenti cartacei che informatici.*
2. *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.*
3. *I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione e sul sito istituzionale di ciascuna Azienda della Regione........................................*
4. *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 intelligibile; di avere conoscenza dell’origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere l’aggiornamento, la rettificazione, l’integrazione dei dati; di opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati personali.*
5. *Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è l’Azienda Sanitaria di …...........................*

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), 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 di ciascun anno;
* 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 già 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.