

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA

Art. 21 dell' Accordo Collettivo Nazionale per i **Medici VETERINARI** aspiranti all'inserimento nella graduatoria annuale degli aspiranti agli incarichi **valida per l'anno 2015**

Bollo € 16,00

- AL COMITATO ZONALE DI BENEVENTO
VIA PERASSO, 14
82100 BENEVENTO

___ / ___ sottoscritt_ **Dott.**....., nato a.....

(prov.....), il..... Codice Fiscale.....

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

Vian.....Cap.....

Telefono cellulare Telefono fisso,

eventuale recapito diverso da inserire nelle graduatorie che saranno pubblicate sul BURC, o per comunicazioni

varie: Via n.

CAP..... Città

chiede

di essere incluso nella graduatoria - secondo quanto previsto dall'art. 21 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con Medici Specialisti ambulatoriali, Medici Veterinari ed altre professionalita' (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 29 luglio 2009 per la branca di **(1)**:

SANITA' ANIMALE

IGIENE DELLA PRODUZIONE, TRASFORMAZIONE, COMMERCIALIZZAZIONE, CONSERVAZIONE E TRASPORTO DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E LORO DERIVATI

IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECHNICHE

per i medici VETERINARI a valere **per l'anno 2015**, relativa alla Provincia di Benevento nel cui ambito territoriale intende ottenere incarico ambulatoriale.

A tale fine acclude alla presente la seguente documentazione:

- Autocertificazione informativa
- n.documenti relativi ai titoli in suo possesso, valutabili ai fini della graduatoria
- Prospetto riassuntivo.

Data..... **Firma per esteso**.....

(1) Il titolo valido per l'inclusione in una delle graduatorie è costituito esclusivamente dalla specializzazione in una delle scuole (solo quelle definite "equipollenti") riportate dall'allegato A bis dell'Integrazione all'Accordo Collettivo Nazionale, sottoscritto in data 30/11/2006.

Nel caso l'interessato sia in possesso di due o più titoli di specializzazione che consentano l'inclusione in più graduatorie, occorre presentare specifiche domande separate .

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto **Dott.**....., nato a.....
(prov.....), il..... M.....F..... Codice Fiscale.....
Comune di residenza.....(prov.....)
Indirizzo Vian.....Cap..... telefono.....

Dichiara, ai sensi del DPR 445/2000:

1. di essere laureato in Medicina Veterinaria,

con voto/110 lode **SI'** **NO** (*) **OPPURE** **con voto**/100 lode **SI'** **NO** (*)

presso l'Università di..... **in data**.....

2. di essere abilitato all'esercizio della professione di medico VETERINARIO nella sessione.....

presso l'Università di.....

3. di essere iscritto all'Albo professionale dei medici VETERINARI dal

presso l'Ordine provinciale/regionale di

4. di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:

in..... **conseguita il**.....

presso l'Università di..... **con voto**..... lode **SI'** **NO** (*)

in..... **conseguita il**.....

presso l'Università di..... **con voto**.....

in..... **conseguita il**.....

presso l'Università di..... **con voto**

(*) Barrare con una X la casella che interessa

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dal DPR 445/2000, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, afferma che quanto sopra corrisponde al vero.

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi del Decreto Lgs 196/2003 e successive modificazioni, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data..... **Firma per esteso**

PROSPETTO RIASSUNTIVO (Per Medici VETERINARI)

delle attività svolte quale Veterinario ambulatoriale, nell'Area Professionale per cui partecipa, dalla data di acquisizione del titolo di inclusione fino al 31/12/2013 a favore di Aziende Sanitarie e altre Istituzioni pubbliche che applicano le norme del vigente Accordo Collettivo Nazionale

dal dott. _____

nella branca di _____ presso:

ASL _____ DSB _____ ore totali (1) _____ anno _____ ASL _____ DSB _____ ore totali _____ anno _____

ASL _____ DSB _____ ore totali _____ anno _____ ASL _____ DSB _____ ore totali _____ anno _____

ASL _____ DSB _____ ore totali _____ anno _____ ASL _____ DSB _____ ore totali _____ anno _____

ASL _____ DSB _____ ore totali _____ anno _____ ASL _____ DSB _____ ore totali _____ anno _____

per complessive ore _____

Per la specifica delle attività, svolte ai sensi del vigente Accordo Collettivo Nazionale dalla data di acquisizione del titolo di inclusione fino al 31/12/2013, nella medesima Area Professionale, presso le sottoindicate Strutture diverse dalle ASL:

Struttura _____ ore totali (1) _____ anno _____

Struttura _____ ore totali _____ anno _____

Struttura _____ ore totali _____ anno _____

per complessive ore _____

Attività svolte a prestazione (per ciascun mese massimo 25 ore): (2)

ASL _____ DSB _____ ore totali (1) _____ dal _____ al _____

ASL _____ DSB _____ ore totali (1) _____ dal _____ al _____

ASL _____ DSB _____ ore totali (1) _____ dal _____ al _____

per complessive ore _____

TOTALE GENERALE _____

- **L'attività valutabile è quella svolta ai sensi del vigente Accordo a partire dalla data di specializzazione e, comunque, non prima del 1/12/2006.**

(1) Indicare solo il numero totale delle ore di servizio effettivamente svolte e non quello delle ore settimanali d'incarico riportato nei contratti.

(2) Indicare le ore mensili per attività effettuate a prestazione.

Il/la sottoscritt _____, consapevole delle responsabilità penali previste dalla Legge n. 15/68 e DPR 445/2000 e successive modificazioni, dichiara che tutti i dati e le situazioni sopracitate corrispondono al vero.

Data _____ Firma per esteso _____

Avvertenza importante:

- *La domanda può essere presentata personalmente al Comitato Zonale; se, invece, 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.*

Nel caso in cui lo specialista invia a mezzo raccomandata A.R., **sulla busta** deve riportare la seguente dicitura in basso a sinistra:

**DOMANDA D'INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA
PER I MEDICI VETERINARI
valevole per l'anno 2015**

Per l'Area Professionale di _____

ALLEGATO E

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo di quanto segue:

1. Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento da parte di questo Comitato zonale della formazione della graduatoria di..... valida per l'anno 2015.
2. Il trattamento viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici;
3. Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, in caso di rifiuto, Ella non potrà essere inserito in detta graduatoria;
4. I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione;
5. L'art. 7 del citato D.Lgs. Le conferisce 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;
6. Titolare del trattamento dei dati è il Segretario del Comitato Consultivo Provinciale di Benevento.

Firma per accettazione

.....