

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA
(VALIDA PER L'INCLUSIONE IN UNA SINGOLA BRANCA/AREA)

ART. 21 DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI, VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITÀ (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI)

BOLLO
€ 16,00

RACCOMANDATA R.R.

AI COMITATO CONSULTIVO ZONALE
DELLA PROVINCIA DI LATINA
c/o AZIENDA U.S.L. LATINA
Centro Direzionale Commerciale "LatinaFiori"
Palazzina G2 - Viale Pier Luigi Nervi s.n.c. - 04100 LATINA

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ (prov. _____)
il ___/___/____ - M ___ - F___ - Codice Fiscale _____ Comune di
residenza _____ (prov. _____) Indirizzo Via/Piazza _____
_____ n. ____ .c.a.p. _____ telefono _____ Recapito professionale nel
Comune di _____ (prov. _____) Indirizzo Via/Piazza _____
_____ n. ____ .c.a.p. _____ telefono _____ email _____

CHIEDE DI ESSERE INCLUSO NELLA GRADUATORIA

- secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti Ambulatoriali, Veterinari ed altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi), ex art.8 del D. L.vo n.502/92 e successive modificazioni -

di _____ per i **MEDICI SPECIALISTI**

di _____ per gli **ODONTOIATRI**

a valere per l'anno **2020** relativa alla Provincia di **Latina** nel cui ambito territoriale intende ottenere incarico ambulatoriale.

A tale fine acclude alla presente la seguente documentazione:

- a) autocertificazione informativa;
- b) n° ____ documenti relativi ai titoli in suo possesso, valutabili ai fini della graduatoria predetta e specificati nel prospetto interno;
- c) n° ____ fotocopia del documento di identità in corso di validità.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

la propria residenza

il domicilio sottoindicato:

c/o _____ Comune di _____ (prov. _____) Indirizzo
Via/Piazza _____ n. ____ .c.a.p. _____

(data)

(firma per esteso)

AVVERTENZE IMPORTANTI

- *Ai fini dell'attribuzione del relativo punteggio, la documentazione allegata deve essere tale da poterne consentire la valutazione e non si terrà conto di quella dalla quale non è possibile dedurre i dati di valutazione o di quella mancante rispetto a quanto dichiarato dall'aspirante.*
- *Se la domanda è presentata personalmente al competente ufficio del Comitato Zonale, 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.*

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ (prov. _____)
 il ___/___/____ - M ___ - F___ - Codice Fiscale _____ Comune di
 residenza _____ (prov. _____) Indirizzo Via/Piazza _____
 _____ n. _____ .c.a.p. _____ telefono _____ Recapito professionale nel
 Comune di _____ (prov. _____) Indirizzo Via/Piazza _____
 _____ n. _____ .c.a.p. _____ telefono _____ email _____

Dichiara, ai sensi e agli effetti della legge n.15/68 e successive modificazioni

1. di essere laureato in _____ (Medicina e Chirurgia / Odontoiatria)
 presso l'Università di _____ in data ___/___/____
 con voto ___/___ - lode
2. di essere abilitato all'esercizio della professione di _____ (medico chirurgo /
 odontoiatra) nella sessione _____ presso l'Università di _____
3. di essere iscritto all'Albo professionale dei/degli _____ (medici chirurghi /
 odontoiatri) presso l'Ordine provinciale/regionale di _____
 dal ___/___/____
4. di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:
 - a) _____ conseguita il ___/___/____
 presso l'Università di _____ con voto ___/___ - lode
 - b) _____ conseguita il ___/___/____
 presso l'Università di _____ con voto ___/___ - lode
 - c) _____ conseguita il ___/___/____
 presso l'Università di _____ con voto ___/___ - lode
 - d) _____ conseguita il ___/___/____
 presso l'Università di _____ con voto ___/___ - lode
5. di avere svolto la seguente attività professionale per sostituzioni, incarichi provvisori e a tempo determina-
 to in qualità di **MEDICO SPECIALISTA AMBULATORIALE** nella branca principale di _____
 _____ a favore di Aziende Sanitarie e altre Istituzioni Pubbliche
 (I.N.P.S., I.N.A.I.L., Ministero della Difesa, S.A.S.N. ecc.) che applicano le norme dell'A.C.N. per la disci-
 plina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, medici veterinari ed altre professionalità sa-
 nitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali del 23/03/2005 e s.m.i. - 0,003 per ciascuna ora lavorata:

- N.B. • *ai fini del punteggio sono validi esclusivamente gli incarichi sopraindicati; non dichiarare altre attività svolte in regime di di-
 pendenza (anche a tempo determinato) presso strutture pubbliche, private e/o accreditate, contratti, consulenze, co.co.co.
 o altro;*
 • *non è valutabile il servizio effettuato precedentemente al 02/10/2000.*

ente: _____ n° ore settimanali: _____ dal _____ al _____ - ore totali: _____
 ente: _____ n° ore settimanali: _____ dal _____ al _____ - ore totali: _____
 ente: _____ n° ore settimanali: _____ dal _____ al _____ - ore totali: _____
 ente: _____ n° ore settimanali: _____ dal _____ al _____ - ore totali: _____
 ente: _____ n° ore settimanali: _____ dal _____ al _____ - ore totali: _____

ente: _____ n° ore settimanali: _____ dal _____ al _____ - ore totali: _____
 ente: _____ n° ore settimanali: _____ dal _____ al _____ - ore totali: _____
 ente: _____ n° ore settimanali: _____ dal _____ al _____ - ore totali: _____
 ente: _____ n° ore settimanali: _____ dal _____ al _____ - ore totali: _____
 ente: _____ n° ore settimanali: _____ dal _____ al _____ - ore totali: _____
 ente: _____ n° ore settimanali: _____ dal _____ al _____ - ore totali: _____
 ente: _____ n° ore settimanali: _____ dal _____ al _____ - ore totali: _____
 ente: _____ n° ore settimanali: _____ dal _____ al _____ - ore totali: _____
 ente: _____ n° ore settimanali: _____ dal _____ al _____ - ore totali: _____
 ente: _____ n° ore settimanali: _____ dal _____ al _____ - ore totali: _____
 ente: _____ n° ore settimanali: _____ dal _____ al _____ - ore totali: _____
 ente: _____ n° ore settimanali: _____ dal _____ al _____ - ore totali: _____
 ente: _____ n° ore settimanali: _____ dal _____ al _____ - ore totali: _____
 ente: _____ n° ore settimanali: _____ dal _____ al _____ - ore totali: _____
 ente: _____ n° ore settimanali: _____ dal _____ al _____ - ore totali: _____
 ente: _____ n° ore settimanali: _____ dal _____ al _____ - ore totali: _____
 ente: _____ n° ore settimanali: _____ dal _____ al _____ - ore totali: _____
 ente: _____ n° ore settimanali: _____ dal _____ al _____ - ore totali: _____
 ente: _____ n° ore settimanali: _____ dal _____ al _____ - ore totali: _____

Riscontro Totale Generale annuo AA.UU.SS.LL. e/o Enti:

ANNO	ORE TOTALI	ANNO	ORE TOTALI	ANNO	ORE TOTALI	ANNO	ORE TOTALI	ANNO	ORE TOTALI
2000		2004		2008		2012		2016	
2001		2005		2009		2013		2017	
2002		2006		2010		2014		2018	
2003		2007		2011		2015			

(in caso di spazio insufficiente fotocopiare il prospetto e allegarlo alla domanda)

Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità di quanto dichiarato, si invita ad allegare copia fotografica dei certificati di servizio.

N.B. *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 (così come previsto all'art.43, c.1, del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n.445, in materia di documentazione amministrativa):*

ASL _____ Via _____ n° _____ c.a.p. _____

Comune _____ - telefono _____

ASL _____ Via _____ n° _____ c.a.p. _____

Comune _____ - telefono _____

ASL _____ Via _____ n° _____ c.a.p. _____

Comune _____ - telefono _____

NOTE (1)

.....
.....
.....
.....
(1) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste o per fornire ulteriori notizie.

ATTENZIONE

LA DOMANDA, **IN REGOLA CON LE NORME VIGENTI IN MATERIA DI IMPOSTA DI BOLLO**, SPEDITA A MEZZO RACCOMANDATA A.R. AL COMPETENTE UFFICIO DEL COMITATO ZONALE, DEVE ESSERE GIÀ SOTTOSCRITTA DALL'INTERESSATO ED ACCOMPAGNATA DA FOTOCOPIA, NON AUTENTICATA, DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ DEL SOTTOSCRITTORE. **PREGASI INOLTRE DI NON ALLEGARE ALLA DOMANDA DOCUMENTAZIONE NORMATIVAMENTE NON PREVISTA PER L'ATTRIBUZIONE DEL PUNTEGGIO (PUBBLICAZIONI, CORSI DI AGGIORNAMENTO, ECC.).**

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali 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 e per gli effetti dell'art.10 della legge 675/96 e successive modificazioni, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

(data)

(firma per esteso)

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 10 della legge 31 dicembre 1996, n. 675 e succ. modif. integ., 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 cui la S.V. ha presentato domanda.
2. Il trattamento viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici e/o cartacei.
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 nella graduatoria di cui trattasi.
4. I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione.
5. L'art. 13 della citata legge Le conferisce l'esercizio di specifici diritti in relazione al trattamento dei dati personali.
6. Titolare del trattamento dei dati è il Direttore Generale dell'Azienda U.S.L. Latina - Centro Direzionale Commerciale "LatinaFiori" - Palazzina G2 - Viale Pier Luigi Nervi s.n.c. - 04100 Latina

(data)

(firma per esteso)