

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

ART. 19 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.

Al 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

oppure tramite PEC a: concorsi@pec.ausl.latina.it

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** (secondo le nuove restrizioni previste dall'A.C.N. 31/03/2020 - art. 19, comma 4, lettera d) - sul **possesso** della **specializzazione**)

a valere per l'anno **2023** 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: _____

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		2005		2010		2015		2020	
2001		2006		2011		2016		2021	
2002		2007		2012		2017			
2003		2008		2013		2018			
2004		2009		2014		2019			

(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.

(data)

(firma per esteso)

PRIVACY - TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Per quanto concerne gli aspetti in materia di tutela dei dati personali, si informa che le modalità e le finalità del trattamento dei dati, gestiti nell'ambito delle attività svolte allo scopo di acquisire la presente domanda e l'eventuale relativa documentazione, saranno improntate ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e al rispetto della normativa in materia di privacy, così come previsto dal GDPR 679/2016, dal D. Lgs. 196/2003 novellato dal D. Lgs. 101/2018.

Si precisa che l'informativa relativa ai lavoratori/collaboratori dell'Azienda IPD (revisione 02-20.04.2020) è consultabile sul sito aziendale www.ausl.latina.it nella Sezione Privacy.

(data)

(firma per esteso)