

ALLEGATO 1 – modulo di domanda

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA COMITATO ZONALE 2024

EX ART. 19 DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI, VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITÀ (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI)

Applicare marca da BOLLO € 16,00	AI COMITATO CONSULTIVO ZONALE DELLA PROVINCIA DI 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:

Barrare l'opzione di interesse.

PER CIASCUNA DOMANDA INDICARE UNA SOLA OPZIONE:

(qualora il candidato erroneamente indichi più opzioni, verrà presa in considerazione esclusivamente la prima opzione indicata)

opzione n. 1:

Graduatoria di _____ Per i Medici Specialisti

opzione n. 2:

Graduatoria di _____ Per gli Odontoiatri

(ex ACN n. 31.03.2020 – art. 19 co. 4 lett. D sul possesso di specializzazione)

(NB: Ciascuna domanda è valida per l'inclusione nella graduatoria riferita ad una singola branca/area. Il candidato interessato a candidarsi anche per altre branche/discipline è tenuto a presentare ulteriore istanza, e su ciascuna domanda presentata dovrà essere applicata apposita marca da bollo)

a valere per l'anno **2024** relativa alla Provincia di **Latina** nel cui ambito territoriale intende ottenere incarico ambulatoriale.

A tal fine acclude alla presente la seguente documentazione:

- a) autocertificazione informativa;
- b) 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)

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 _____ (Biologia/Chimica/Psicologia) presso l'Università di _____ in data ____/____/____ con voto ____/____ - lode
2. di essere abilitato all'esercizio della professione di _____ (biologo/chimico/psicologo) nella sessione _____ presso l'Università di _____
3. di essere iscritto all'Albo professionale dei/degli _____ (biologi / chimici/psicologi) 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

- di essere in possesso del titolo di (N.B.: *per gli Psicologi è titolo valido anche la psicoterapia riconosciuta ai sensi degli artt. 3 e 35 della Legge n.56/89*):

Psicoterapia riconosciuta ex art. 35 Legge 56/89 - autorizzazione dall'Ordine degli Psicologi della Regione _____ il ____/____/____

Psicoterapia conseguita ex art. 3 Legge 56/89 il ____/____/____ presso _____
in data ____/____/____ con voto ____/____ - lode

5. di avere svolto la seguente attività professionale per sostituzioni, incarichi provvisori e a tempo determinato in qualità di _____ (BIOLOGO/CHIMICO/PSICOLOGO/PSICOTERAPEUTA) a favore di Aziende Sanitarie e altre Istituzioni Pubbliche che applicano le norme dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, medici veterinari ed altre professionalità sanitarie (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 dipendenza (anche a tempo determinato) presso strutture pubbliche, private e/o accreditate, contratti, consulenze, co.co.co. o altro;*

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

ANNO	ORE TOTALI								
2000		2005		2010		2015		2020	
2001		2006		2011		2016		2021	
2002		2007		2012		2017		2022	
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 fotostatica 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**, INVIATA 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 veritieri, 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'informatica 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)