

ALLEGATO 1 – modulo di domanda

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA COMITATO ZONALE 2027

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	Al 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:

<u>Barrare l'opzione di interesse.</u> 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 <small>(ex ACN 04/04/2024 – art. 19 co. 4 lett. D)</small>

(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 **2027** 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 _____ (Medicina e Chirurgia/ Odontoiatria
e Protesi Dentaria) 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 _____ (**SPECIFICARE BRANCA**) 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 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
dipendenza (anche a tempo determinato) presso strutture pubbliche, private e/o accreditate, contratti, consulenze,
co.co.co. o altro;

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		2006		2012		2018		2024	
2001		2007		2013		2019		2025	
2002		2008		2014		2020			
2003		2009		2015		2021			
2004		2010		2016		2022			
2005		2011		2017		2023			

(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 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)