

PARTE PRIMA

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA
 Art. 21 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali, Medici Veterinari ed altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi)

Medici Specialisti e Odontoiatri

COMITATO ZONALE DI RIETI
 (Viale Matteucci, 9 - 02100 RIETI)

Il sottoscritto Dott. (cognome)..... (nome).....
 nato a.....(prov.....) il..... M__ F__ C.F.
 Comune di residenza.....(prov.....)
 Via/Piazza.....n.....CAP.....tel.....cell.....
 Recapito professionale nel Comune di.....(prov.....)
 Via/Piazza.....n.....CAP.....tel.....

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

1. la propria residenza SI NO
2. il domicilio : Via/Piazza.....n.....CAP.....Comune.....(prov.....)
 Data.....Firma per esteso.....

Chiede di essere incluso nella graduatoria

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

di.....(branca specialistica)

a valere per **l'anno 2011** relativa alla **Provincia di Rieti** nel cui ambito territoriale intende ottenere incarico ambulatoriale.

A tal fine acclude alla presente la seguente documentazione:

- autocertificazione informativa** (parte seconda allegato b)
- n. _____ documenti** relativi ai titoli in suo possesso, valutabili ai fini della graduatoria predetta e specificati nel prospetto interno
- n. _____ fotocopia del documento di identità in corso di validità**

<<Avvertenze importanti>>

1) Ai fini dell'attribuzione del relativo punteggio, l'eventuale 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 rispetto a quanto dichiarato dall'aspirante.

2) La domanda spedita a mezzo raccomandata A.R. al competente ufficio del Comitato Zonale - Viale Matteucci 9, 02100 RIETI -, deve essere già sottoscritta dall'interessato ed accompagnata da fotocopia, non autenticata, di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore

PARTE SECONDA

Medici Specialisti e Odontoiatri

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott. (cognome)..... (nome).....
nato a.....(prov.....) ilCodice Fiscale.....
Comune di residenza (prov.....)
Indirizzo Via/Piazza.....N..... CAP.....
Telefono.....Cell.....indirizzo e-mail.....

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa):

1. **di** essere laureato in (Medicina e Chirurgia o Odontoiatria e protesi dentaria) presso l'Università di..... **in data**/...../.....
con voto/110 **lode**
2. **di** essere abilitato all'esercizio della professione di(medico chirurgo o odontoiatra) nella sessione presso l'Università di.....
3. **di** essere **iscritto all'Albo professionale**
 - dei (Medici Chirurghi) presso l'Ordine provinciale di **dal**/...../.....
 - degli (Odontoiatri) presso l'Ordine provinciale di **dal**/...../.....
4. **di** essere in possesso delle seguenti **specializzazioni**:
 - **in**..... **conseguita il**/...../.....
presso l'Università di..... **con voto**...../..... **lode**
 - **in**..... **conseguita il**/...../.....
presso l'Università di..... **con voto**...../..... **lode**
 - **in**..... **conseguita il**/...../.....
presso l'Università di..... **con voto**...../..... **lode**

5. **di** **avere** / **non avere** subito provvedimenti disciplinari da parte delle competenti Commissioni di Disciplina previste dall'attuale o dai precedenti Accordi.

di **essere** / **non essere** soggetto ad alcun provvedimento restrittivo di natura disciplinare comminato dall'Ordine.....

In caso affermativo specificare il provvedimento disciplinare:

.....

6. **DI ESSERE NELLA SEGUENTE POSIZIONE:**

A. AVERE UN RAPPORTO DI LAVORO SUBORDINATO PRESSO QUALSIASI ENTE PUBBLICO O PRIVATO CON DIVIETO DI LIBERO ESERCIZIO PROFESSIONALE	SI	NO
B. SVOLGERE ATTIVITA' DI MEDICO DI MEDICINA GENERALE CONVENZIONATO	SI	NO
C. ESSERE ISCRITTO NEGLI ELENCHI DEI MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA	SI	NO
D. ESERCITARE LA PROFESSIONE MEDICA CON RAPPORTO DI LAVORO AUTONOMO RETRIBUITO FORFETARIAMENTE PRESSO ENTI O STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE O PRIVATE NON APPARTENENTI AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE CHE NON ADOTTINO LE CLAUSOLE NORMATIVE ED ECONOMICHE DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE	SI	NO
E. OPERARE A QUALSIASI TITOLO IN CASE DI CURA CONVENZIONATE O ACCREDITATE CON IL S.S.N. (IN CASO AFFERMATIVO INDICARE L'AZIENDA:	SI	NO
F. SVOLGERE ATTIVITA' FISCALI PER CONTO DI AZIENDE (IN CASO AFFERMATIVO INDICARE L'AZIENDA:	SI	NO
G. ESSERE TITOLARE DI UN RAPPORTO CONVENZIONALE DISCIPLINATO DAL D.P.R. N. 119/88 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI O DI APPOSITO RAPPORTO INSTAURATO AI SENSI DELL'ART. 8, COMMA 5, DEL D.Lvo N. 502/92 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI E INTEGRAZIONI	SI	NO
H. ESSERE PROPRIETARIO, COMPROPRIETARIO, SOCIO, AZIONISTA, GESTORE, AMMINISTRATORE, DIRETTORE, RESPONSABILE DI STRUTTURE CONVENZIONATE CON IL S.S.N., AI SENSI DEL D.P.R. N. 120/88 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI, O ACCREDITATE AI SENSI DELL'ART. 8 DEL D.Lvo N. 502/92 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI E INTEGRAZIONI	SI	NO
I. OPERARE A QUALSIASI TITOLO IN PRESIDI, STABILIMENTI O ISTITUZIONI PRIVATE CONVENZIONATE o ACCREDITATE CON LE AZIENDE PER L'ESECUZIONE DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE EFFETTUATE IN REGIME DI AUTORIZZAZIONE SANITARIA AI SENSI DELL'ART. 43 DELLA LEGGE N. 833/78 E DELL'ART. 8-ter DEL D.Lvo N.229/99	SI	NO
L. ESSERE TITOLARE DI INCARICO NEI SERVIZI DI GUARDIA MEDICA AI SENSI DEL D.P.R. N.292/87 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI O DI APPOSITO RAPPORTO INSTAURATO AI SENSI DELL'ART. 8 DEL D.Lvo N. 502/92 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI E INTEGRAZIONI	SI	NO
M. PERCEPIRE INDENNITA' DI RISCHIO IN BASE AD ALTRO RAPPORTO LAVORATIVO (IN CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA INDICARE IL TIPO DI ATTIVITA' SVOLTA.....E LA MISURA DELL'INDENNITA' PERCEPTA.....)	SI	NO

7. di avere svolto la seguente attività professionale come sostituto, incarico provvisorio a tempo determinato in qualità di <specialista ambulatoriale> nella branca principale di a favore di Aziende Sanitarie e altre Istituzioni Pubbliche (Inps, Inail, Ministero della Difesa, SASN ecc.) che applicano le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale 23.3.2005 – testo integrato con l'A.C.N. 29.7.2009

per ciascuna ora di attività punteggio 0,003

n.b. (riportare solo i dati non già dichiarati):

- (specificare un totale ore annuo per ogni ASL):

Branca ASL anno _____ ore tot. annuo.....
 Branca ASL anno _____ ore tot. annuo.....
 Branca ASL anno _____ ore tot. annuo.....
 Branca ASL anno _____ ore tot. annuo.....
 Branca ASL anno _____ ore tot. annuo.....
 Branca ASL anno _____ ore tot. annuo.....
 Branca ASL anno _____ ore tot. annuo.....
 Branca ASL anno _____ ore tot. annuo.....

Altri periodi da dichiarare se non già dichiarati e/o altre ASL e/o Istituzioni Pubbliche che applicano le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale sopracitato:

Branca ASL anno _____ ore tot. annuo.....
 Branca ASL anno _____ ore tot. annuo.....
 Branca Ente anno _____ ore tot. annuo.....
 Branca Ente anno _____ ore tot. annuo.....
 Branca Ente anno _____ ore tot. annuo.....

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

ore totali per anno : _____
 200_ 200_ 200_ 200_ 200_
(Riportare solo i dati non già dichiarati)

(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 _____ (prov.) Tel. _____
 ASL Via _____ n. c.a.p. Comune _____ (prov.) Tel. _____

NOTE (1)

.....
.....
.....

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

A T T E N Z I O N E

**LA DOMANDA, 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.**

**Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale, come richiamate dall'art. 26 del
D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti
falsi, afferma che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero.**

(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 della Azienda Sanitaria Locale Rieti, Viale Matteucci, 9 (02100) Rieti.**

(data)

(firma per esteso)