

INFORMATIVA alla DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA ANNO 2026:
Specialisti Ambulatoriali, Veterinari e altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi).

La domanda, sempre accompagnata da una fotocopia del documento d'identità in corso di validità e marca da bollo apposta sul primo foglio (pena l'esclusione), **deve essere spedita a mezzo PEC al seguente indirizzo: comitatozonale.asl.rieti@pec.it** accertandosi dell'avvenuta consegna al destinatario e assolvendo, altresì, l'imposta di bollo secondo le modalità indicate nel modulo di attestazione del pagamento del bollo (Allegato 1), **entro e non oltre il 31 gennaio 2025.**

N.B.: la domanda dovrà essere inviata in un unico file scansionato in formato PDF contenente sia la domanda che il documento di riconoscimento nonché indicare nell'oggetto la seguente dicitura:

**“DOMANDA GRADUATORIA SPECIALISTICA 2026 – BRANCA _____ -
NOME E COGNOME”.**

- Per l'accoglimento della domanda farà fede la data della ricevuta di avvenuta consegna. Tale ricevuta costituisce l'unico documento valido da produrre in caso di smarrimento della domanda.
- L'omissione o l'incompletezza dei dati comporteranno la non attribuzione dei relativi punteggi. L'autocertificazione dovrà pertanto indicare esattamente il numero delle ore di attività svolte, il periodo di svolgimento e l'Azienda/Ente presso la quale è stata svolta l'attività.
- L'autocertificazione informativa (Allegato B) per l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità dovrà essere presentata unitamente alla comunicazione di disponibilità all'accettazione dell'incarico, pertanto non dovrà essere allegata alla domanda di graduatoria.

Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art.13 del D. Lgs. 196/03 e in relazione ai dati personali oggetto di trattamento:

- 1. Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento della formazione della graduatoria valida per l'anno 2025. Il trattamento viene effettuato avvalendosi sia di strumenti cartacei che informatici.*
- 2. Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, in caso di rifiuto la S.V. non potrà essere inserita in detta graduatoria.*
- 3. I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio e sul sito istituzionale dell'ASL Rieti.*
- 4. L'art.7 del citato Decreto conferisce alla S.V. l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si base il trattamento; di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati; di opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati personali.*
- 5. Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è l'ASL Rieti.*

NON INVIARE

**Curriculum vitae, pubblicazioni, dottorati, borse di studio,
attestati di master, e/o volontariato. NON INVIARE QUESTO
FOGLIO**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DI ATTO NOTORIO ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445

Il/La sottoscritto/a **Dott./Dott.ssa** _____

nato/a _____ (Prov. ___) il _____ C.F. _____,

Comune di residenza _____ Prov _____,

Via/Piazza _____ n. ___, CAP _____,

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445,

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, quanto segue:

1) di essere **cittadino italiano** o **di altro Paese appartenente alla UE incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti** (specificare altro Paese _____);

2) di possedere il diploma di: **laurea (DL) / laurea specialistica (LS)** della classe corrispondente in:

- MEDICINA E CHIRURGIA;
- ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA;
- MEDICINA VETERINARIA;
- BIOLOGIA;
- CHIMICA;
- PSICOLOGIA;

conseguito in data _____ / _____ / _____ con voto _____ / _____ :

senza lode;

con lode,

presso l'Università _____ ;

3) di essere iscritto all'**ALBO PROFESSIONALE** dei/degli _____
(medici chirurghi-odontoiatri-veterinari-biologi-chimici-psicologi) presso l'Ordine provinciale/regionale di _____ dal _____ ;

4)

a) di essere in possesso delle seguenti **specializzazioni in:**

-.....conseguita il

...../...../.....

presso l'Università con voto/.....

senza lode con lode

-.....conseguita il

...../...../.....

presso l'Università con voto/.....

senza lode con lode

..... conseguita il
...../...../.....
presso l'Università con voto/.....
 senza lode con lode

b) 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) come di seguito dichiarato:

- Psicoterapia **ex art. 35 legge 56/89** autorizzazione dall'Ordine degli Psicologi della Regione:

.....
il/...../.....

- Psicoterapia **ex art. 3 legge 56/89** il/...../..... con voto/.....

senza lode con lode

presso l'Istituto riconosciuto:

di.....(prov.....)

Via/P.za..... n.....

tel.;

c) di essere in possesso di certificazione regionale attestante quanto previsto dall'art. 1, comma 522 della L.30 dicembre 2018, n. 145 (titolo valido solo per l'inserimento nella graduatoria relativa alla branca di Cure Palliative.....);

5)

- **di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del Fondo di Previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale;**

- **di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;**

- **di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario professionista sanitario;**

6)

- di avere svolto la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, **come sostituto, incaricato provvisorio o incaricato a tempo determinato presso Aziende Sanitarie ed altre Istituzioni pubbliche che applicano le norme dell'ACN vigente (indicare il servizio svolto fino al 31 dicembre 2024):**

ATTENZIONE: L'omissione o l'incompletezza dei dati comporteranno la non attribuzione dei relativi punteggi. L'autocertificazione dovrà pertanto indicare esattamente il numero delle ore di attività svolte, il periodo di svolgimento e l'Azienda/Ente presso la quale è stata svolta l'attività.

NON dichiarare altre attività svolte quali incarichi di dipendenza (anche a tempo determinato) ovvero incarichi di consulenza, contratti libero professionali, ecc. e SPECIFICARE UN TOTALE ORE ANNUO per ogni ASL o altro Ente ed in caso di mero aggiornamento NON DICHIARARE I DATI GIA' DICHIARATI):

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

- di aver effettuato AL DI FUORI DELL'ORARIO DI SERVIZIO attività esterna ai sensi dell'art. 32 comma 5 vigente ACN, nella misura di seguito indicata:

N.B. è valutabile esclusivamente l'attività esterna svolta a decorrere dall'anno 2014.

Brancaattività esterna fuori orario servizio ASL anno 201..... tot. ore ;

Brancaattività esterna fuori orario servizio ASL anno 201..... tot. ore ;

Brancaattività esterna fuori orario servizio ASL anno 201..... tot. ore ;

N.B.: In caso di attività svolta in ALTRE REGIONI, indicare con precisione l'amministrazione competente, indirizzo completo e telefono; elementi obbligatori ai fini dell'accertamento sulla veridicità della dichiarazione prodotta (così come previsto all'art. 43, comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.):

ASL/Ente _____ Via _____ n. _____ c.a.p. _____, Comune _____
(prov. _____). Recapiti telefonici: _____ ;

ASL/Ente _____ Via _____ n. _____ c.a.p. _____, Comune _____
(prov. _____). Recapiti telefonici: _____ ;

Il/la sottoscritto/a dichiara altresì, di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

DATA _____ FIRMA per esteso _____

ALLEGATO N°1

MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DI BOLLO DOVUTA PER LA PRESENTAZIONE DI ISTANZE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE
Il sottoscritto consapevole che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale(art.75 e 76 del DPR 28.12.2000 n.445
Trasmette la presente dichiarazione, attestando ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 28.12.2000 N.445 quanto segue:

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ PROV. _____ IL _____

RESIDENTE IN _____ PROV _____ CAP _____

VIA/PIAZZA _____ N. _____

DICHIARA

- Di aver provveduto al pagamento dell'imposta dovuta per le istanze di inserimento nelle graduatorie Regionali o Aziendali per la medicina convenzionata:

Numero identificativo della marca da bollo _____ del _____

- Di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate, pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

Luogo e data

Firma autografa leggibile
