

ART. 17 ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITA' SANITARIE(BIOLOGI,CHIMICI, PSICOLOGI ) 17.12.2015

**Nel caso l'interessato sia in possesso di due o più titoli di specializzazione che consentano l'inclusione in più graduatorie, occorre presentare specifiche domande separate**

**Marca da bollo  
€ 16,00**

**ASL FG**  
**UNITA' OPERATIVA PERSONALE CONVENZIONATO**  
**VIALE FORTORE C/O CITTADELLA DELL'ECONOMIA**  
**71121 FOGGIA**

_I_ sottoscritt_	<hr/> (Cognome)	<hr/> (Nome)
------------------	--------------------	-----------------

**chiede di essere inclus\_\_\_\_\_ nella graduatoria regionale valevole per l'anno 2020 dei:**

- ( ) MEDICI SPECIALISTI nelle branca di \_\_\_\_\_
- ( ) MEDICI VETERINARI AREA \_\_\_\_\_
- ( ) BIOLOGI
- ( ) CHIMICI
- ( ) PROFESSIONISTI PSICOLOGI
- ( ) PROFESSIONISTI PISCOLOGI PSICOTERAPEUTI

c/o \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Provincia	indirizzo	n.
-----------	-----------	----

CAP \_\_\_\_\_ Recapito telefonico \_\_\_\_\_

ai sensi dell'art. 46 (dichiarazioni sostitutive di certificazione) e dell'art. 47 (dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà)  
del D.P.R. n. 445/2000

**(Si prega di compilare la domanda in stampatello)**

<u>  I  </u> sottoscritt_	_____	_____
	(Cognome)	(Nome)

## ai sensi e per gli effetti della legge 445/2000 e successive modificazioni

1. ☐ di essere cittadino italiano
- ☐ di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE (specificare) \_\_\_\_\_
2. di essere **nato a** \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Cod.Fisc. !\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!
3. p.e.c. !\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_!\_\_! ( obbligatoria )
2. di essere **residente** nel Comune di \_\_\_\_\_  
(prov.) \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
e.mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_  
( obbligatoria )
3. di **possedere** il diploma di laurea ovvero di laurea specialistica o magistrale in  
medicina e chirurgia ☐; odontoiatria e protesi dentaria ☐; medicina veterinaria ☐; biologia ☐; chimica ☐;  
psicologia ☐.
4. Conseguito/a presso l'Università di \_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_.  
con voto \_\_\_\_\_ su \_\_\_\_\_ lode ( SI ) \_ ( NO ) della classe corrispondente in: (barrare la voce che interessa)
4. di essere **abilitato** all'esercizio della professione di \_\_\_\_\_ (medico chirurgo o odontoiatra,  
o medico veterinario, o biologo, o chimico, o psicologo) nella sessione \_\_\_\_\_ presso  
l'Università di \_\_\_\_\_
5. di essere iscritto **all'Albo professionale:**  
medici chirurghi o degli odontoiatri ☐; veterinari ☐; biologi ☐; chimici ☐; psicologi ☐; psicologi psicoterapeuti ☐;  
presso l'Ordine provinciale ☐ regionale ☐ nazionale ☐ di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_  
con il n. \_\_\_\_\_

**6. di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:**

*Per gli psicologi in possesso della specializzazione in psicoterapia riconosciuta ai sensi dell'art. 35 della legge 56/1989 dovranno specificare l'ORDINE Regionale presso il quale è stata riconosciuta ed il Provvedimento (numero e data)*

Ordine \_\_\_\_\_ N. e data del Provvedimento \_\_\_\_\_

Specializzazione in	Data di conseguimento	Presso l'Università/Scuola	Sede di	Voto	Indicare l'eventuale LODE
				____/____	
				____/____	
				____/____	

**N.B. indicare sempre:** l'Università/scuola di specializzazione con l'indirizzo completo e telefono presso la quale si è conseguito la specializzazione, elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni utili ad accertare la veridicità della dichiarazione prodotta (art. 43 DPR 445/2000); non saranno valutate le dichiarazioni non complete o imprecise.

Università/scuola: \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**7. di essere / non essere (1) nella medesima branca specialistica o area in cui opera, titolare di incarico a tempo indeterminato di specialistica ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario con massimale orario pari a 38 ore settimanali**

**8. di avere / non avere (1) subito provvedimenti disciplinari da parte delle competenti Commissioni di Disciplina previste dall'attuale o dai precedenti Accordi**

di essere / non essere (1) soggetto ad alcun provvedimento restrittivo di natura disciplinare comminato dall'Ordine in caso affermativo, specificare il provvedimento disciplinare \_\_\_\_\_

**9. di aver svolto/svolgere la seguente attività professionale nella branca o area professionale, come sostituto, incarico provvisorio, a tempo determinato, a tempo indeterminato – indicare il servizio svolto fino al 31 dicembre dell'anno precedente - (dopo il conseguimento del titolo valido per l'inclusione nella graduatoria) a favore di Aziende sanitarie ed altre Istituzioni pubbliche (Inps, Inail, Ministero della Difesa, SASN, ecc) che applicano le norme del Vigente Accordo Collettivo Nazionale o degli Accordi Collettivi Nazionali per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali succedutesi nel tempo – non è valutabile il servizio effettuato precedentemente al 2 ottobre 2000**

**N.B. indicare sempre:** la struttura con l'indirizzo completo e telefono presso la quale si è prestato o si presta servizio, elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni utili ad accertare la veridicità della dichiarazione prodotta (art. 43 DPR 445/2000); le date iniziali e finali (gg/mm/aa) dei relativi periodi di attività ed il totale complessivo delle ore per ciascun periodo indicato (ore e minuti); non saranno valutate le dichiarazioni non complete o imprecise.

Branca o area professionale \_\_\_\_\_

Tipo incarico \_\_\_\_\_  
(sostituzione, provvisorio, tempo determinato, tempo indeterminato)

Presso (Ente) \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Totale ore lavorate intero periodo \_\_\_\_\_

**Branca o area professionale**

Tipo incarico \_\_\_\_\_  
(sostituzione, provvisorio, tempo determinato, tempo indeterminato)

Presso ( Ente ) \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Totale ore lavorate intero periodo \_\_\_\_\_

**Branca o area professionale**

Tipo incarico \_\_\_\_\_  
(sostituzione, provvisorio, tempo determinato, tempo indeterminato)

Presso ( Ente ) \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Totale ore lavorate intero periodo \_\_\_\_\_

**I****Branca o area professionale**

Tipo incarico \_\_\_\_\_  
(sostituzione, provvisorio, tempo determinato, tempo indeterminato)

Presso (Ente) \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Totale ore lavorate intero periodo \_\_\_\_\_

Ulteriori informazioni:

---

---

**In mancanza di spazio è possibile fotocopiare il presente prospetto o allegare alla domanda una dichiarazione su carta semplice**

- (1) cancellare la parte che non interessa
- (2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme del vigente Accordo. Indicare la denominazione, luogo ed indirizzo completo dell'Azienda Sanitaria o Istituzione
- (3) Indicare il totale complessivo delle ore (ore e minuti) effettivamente svolte nel periodo

**di essere nella seguente posizione ai sensi dell'art. 25 dell'A.C.N.:**

- di essere titolare di ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale
- di essere proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionale con il SSN ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni e integrazioni
- di esercitare attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Nazionale o di essere titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale

SI
----

NO
----

SI
----

NO
----

SI
----

NO
----

- di svolgere attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta, fatto salvo quanto previsto alla norma finale n. 2

☐ SI

☐ NO

- di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di cui all'art. 19 e di svolgere contemporaneamente incarico a tempo determinato di cui all'art. 20

☐ SI

☐ NO

- di esercitare la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo, retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al SSN e che non adottino le clausole economiche del presente Accordo e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi

☐ SI

☐ NO

- di svolgere funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale

☐ SI

☐ NO

- di 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

☐ SI

☐ NO

- di operare, a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il SSN; è consentito esclusivamente lo svolgimento dell'attività istituzionale di cui al presente Accordo e secondo modalità definite a livello regionale

☐ SI

☐ NO

- di 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-quinquies del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni e integrazioni

☐ SI

☐ NO

- di essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni

☐ SI

☐ NO

- di fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente

☐ SI

☐ NO

**Il sottoscritto, dichiara che quanto sopra corrisponde al vero, consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere potranno essere adottate sanzioni penali (v. art. 76 del D.P.R. 445/2000) e non avrà effetto il beneficio conseguito (v. art. 75 del D.P.R. 445/2000)**

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, 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.

**AI SENSI DELLA LEGGE 196\2003** si comunica che i dati personali forniti con la presente dichiarazione saranno raccolti presso questa Azienda per i Servizi Sanitari per le finalità di gestione della graduatoria e saranno trattati presso una banca dati automatizzata successivamente all'eventuale istituzione del rapporto di lavoro, per finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo. Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, pena l'esclusione dalla graduatoria.

Firma per esteso in originale  
del Dichiarante non soggetta  
ad autenticazione

Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PER FIRMA APPOSTA ALLA PRESENZA DI UN FUNZIONARIO:

Si attesta che, ai sensi dell'art. 38 comma 3, del D.P.R. n. 445/2000, il presente documento è stato sottoscritto in presenza del dipendente addetto.

Estremi del documento di riconoscimento

Firma del dipendente addetto

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

=====

**Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali**

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196 del 30 giugno 2003 e in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo che:

- il trattamento dei dati personali raccolti è finalizzato esclusivamente all'espletamento da parte di questa Azienda Sanitaria – per la formazione delle graduatorie provinciali dei medici specialisti ambulatoriali/veterinari/professionisti valide per l'anno 2020;
- Il trattamento viene effettuato avvalendosi anche di mezzi informatici;
- Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra, pertanto, in caso di rifiuto, Lei non potrà essere inserito in detta graduatoria.
- L'art. 7 del citato D.Lgs. Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra cui quello 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 basa 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.
- Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Foggia – Via Michel Protano snc – 71121 FOGGIA nella persona del Direttore Generale.

**INFORMATIVA**

- La domanda, in competente bollo, potrà essere spedita entro e non oltre il 31/01/2019:
  1. a mezzo raccomandata A/R, all'ASL FG AREA GESTIONE RISORSE UMANE – UNITA' OPERATIVA PERSONALE CONVENZIONATO – VIA MICHELE PROTANO SNC 71121 FOGGIA;
  2. mediante consegna diretta all'Ufficio Protocollo dell'ASL FG - VIA MICHELE PROTANO SNC 71121
  3. a mezzo posta elettronica certificata obbligatoriamente intestata all'interessato al seguente indirizzo:  
**comitatozonalefoggia@mailcert.aslfg.it**
- La domanda, sottoscritta dall'interessato dovrà obbligatoriamente essere accompagnata dalla fotocopia non autenticata di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.
- Per l'accoglimento della domanda farà fede il timbro postale di partenza.  
Non saranno prese in considerazione le domande spedite oltre il termine del 31/01/2019
- 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, il tipo di incarico ( sostituzione, provvisorio, a tempo determinato, a tempo indeterminato, libero professionale ecc... ) ed il numero totale di ore di incarico svolte.