

**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA: Specialisti Ambulatoriali, Veterinari e altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi)**

art. 17 dell'Accordo Collettivo Nazionale 17 dicembre 2015 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, i veterinari e le altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi)

 Primo inserimento

 Aggiornamento

**Marca da  
bollo  
vigente**

**AL COMITATO ZONALE DI  
ROMA E PROVINCIA  
Via Monza, 2  
00182 Roma**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ M \_\_\_ F \_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) C.F. \_\_\_\_\_

indirizzo\* Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) tel \_\_\_\_\_

cell \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

**Chiede di essere incluso nella graduatoria dei:**

- medici specialisti ed odontoiatri: branca di \_\_\_\_\_
- medici veterinari: branca di \_\_\_\_\_
- professionisti biologi
- professionisti chimici
- professionisti psicologi
- professionisti psicoterapeuti

a valere per l'anno **2018** relativamente all'ambito zonale di Roma e Provincia nel cui territorio intende ottenere l'incarico.

A tale fine acclude autocertificazione, relativa ai requisiti ed ai titoli valutabili ai fini della graduatoria

Chiede che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma per esteso \_\_\_\_\_

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

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_

prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ M \_\_\_ F \_\_\_ 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 :

1.  di essere cittadino italiano;
2.  di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE  
(specificare) \_\_\_\_\_

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

- |   |  |                                  |                                     |
|---|--|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Medicina e Chirurgia | <input type="checkbox"/> Odontoiatria e Protesi Dentaria |                                  |                                     |
| <input type="checkbox"/> Medicina Veterinaria | <input type="checkbox"/> Biologia                        | <input type="checkbox"/> Chimica | <input type="checkbox"/> Psicologia |

**conseguito in data** ...../...../..... **con voto** ...../.....  **senza lode**  **con lode**,  
presso l'Università .....

4. di essere abilitato all'esercizio della professione di .....  
(medico chirurgo- odontoiatra-medico veterinario-biologo-chimico-psicologo) nella sessione.....  
..... presso l'Università di .....

5. di essere iscritto all'**Albo professionale** dei/degli.....  
(medici chirurghi-odontoiatri-veterinari-biologi-chimici-psicologi)  
presso l'Ordine provinciale/regionale di ..... dal...../...../.....

6. 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. ....

7. **-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 o professionista sanitario con massimale orario pari a **38 ore settimanali**;

8. -di avere svolto la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, come sostituto, incaricato provvisorio o incaricato a tempo determinato (*indicare il servizio svolto fino al 31 dicembre dell'anno precedente*):

**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.**

(specificare un totale ore annuo per ogni ASL o altro Ente e non dichiarare i dati già 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.....

**di aver effettuato AL DI FUORI DELL'ORARIO DI SERVIZIO attività esterna ai sensi dell'art. 30 comma 5 vigente ACN, nella misura di seguito indicata:**

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

Branca .....	<u>attività esterna fuori orario servizio</u> ASL .....	<u>anno 201....</u>	tot ore .....
Branca .....	<u>attività esterna fuori orario servizio</u> ASL .....	<u>anno 201....</u>	tot ore .....
Branca .....	<u>attività esterna fuori orario servizio</u> ASL .....	<u>anno 201....</u>	tot ore .....
Branca .....	<u>attività esterna fuori orario servizio</u> ASL .....	<u>anno 201....</u>	tot ore .....
Branca .....	<u>attività esterna fuori orario servizio</u> ASL .....	<u>anno 201....</u>	tot ore .....
Branca .....	<u>attività esterna fuori orario servizio</u> ASL .....	<u>anno 201....</u>	tot ore .....

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.

Data..... Firma per esteso.....

## 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.....2018.....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 Roma 2.*
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 Roma 2.*

### INFORMATIVA

- La domanda, in bollo, deve essere spedita a mezzo raccomandata A/R o consegnata a mano o trasmessa con modalità telematica (se definita dalla Regione), al competente ufficio dell'Azienda sede del Comitato Zonale, ovvero al componente ufficio dell'Azienda individuata dalla Regione, entro e non oltre il 31 Gennaio di ciascun anno;
- Se la domanda è presentata personalmente al componente ufficio dell'Azienda la firma deve essere apposta all'atto della sua presentazione, avanti al dipendente addetto a riceverla. Se, viceversa, la domanda è presentata da un terzo o inviata per posta, deve essere già sottoscritta dall'interessato ed accompagnata dalla fotocopia non autenticata di un documento di identità in corso di validità del sottoscritto.
- Per l'accoglimento della domanda farà fede il timbro postale o il timbro apposto sulla domanda dall'ufficio competente se consegnata a mano o la data delle ricevute di accettazione e di avvenuta consegna per trasmissioni via PEC. La ricevuta rilasciata dall'ufficio postale o dall'Azienda Sanitaria, se consegnata a mano, o la ricevuta di avvenuta consegna via PEC saranno gli unici documenti validi 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.