

Bollo € 14.62

**Azienda ULSS 18
COMITATO ZONALE
V.le Tre Martiri, 89
45100 ROVIGO**

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA

art. 21 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali, i veterinari e le altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi)

Il sottoscritto Dr....., nato a.....
(prov.....), il..... M__ F__ Codice Fiscale.....
Comune di residenza.....(prov.....)
Indirizzo Vian.....Cap..... telefono.....
Recapito professionale nel Comune di.....(prov.....)
Via.....n.....Cap.....telefono.....

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, ex art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni -:

di..... per i medici specialisti ed odontoiatri
di per i medici veterinari
diper i biologi
diper i chimici
diper gli psicologi (disciplina di psicologia o psicoterapia)

a valere per l'anno **2014** relativa alla Provincia di **ROVIGO**
nel cui ambito territoriale intende ottenere incarico.

A tale fine acclude alla presente la seguente documentazione:

- a) autocertificazione informativa
- b) n.....documenti relativi ai titoli in suo possesso, valutabili ai fini della graduatoria predetta e specificati nel prospetto interno.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:
o la propria residenza

o il domicilio sottoindicato:

c/o.....Comune.....Provincia.....
indirizzo.....n.....CAP.....

Data.....

Firma per esteso.....

Avvertenze importanti

- Qualora l'interessato intendesse allegare dei documenti comprovanti il possesso dei titoli dichiarati devono essere in regola con le norme sull'imposta di bollo e le disposizioni di legge vigenti.
- Se la domanda e' presentata personalmente al competente ufficio del Comitato Zonale, la firma deve essere apposta all'atto della sua presentazione, avanti al dipendente addetto a riceverla. Se, viceversa, la domanda e' 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 sottoscrittore.

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott....., nato a.....(prov.....)
il..... M__ F__ Codice Fiscale.....
Comune di residenza.....(prov.....)
Indirizzo Vian.....Cap..... telefono.....
Recapito professionale nel Comune di.....(prov.....)
Via.....n.....Cap.....telefono.....

Dichiara, ai sensi e agli effetti della legge n. 15/68 e successive modificazioni

1. di possedere il diploma di laurea (DL) ovvero la laurea specialistica (LS) della classe corrispondente in(medicina e chirurgia o odontoiatria e protesi dentaria o medicina veterinaria, o biologia o chimica o psicologia) con voto...../110 (DL)/100 (LS) conseguito/a presso l'Università di..... in data.....

2. 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.....

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

4. di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:

in..... conseguita il..... presso l'Università di..... con voto.....

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

6. di essere / non essere (1) soggetto ad alcun provvedimento restrittivo di natura disciplinare comminato dall'Ordine.....

In caso affermativo, specificare il provvedimento disciplinare:

.....

7. di essere nella seguente posizione :

a) avere / non avere (1) un rapporto di lavoro subordinato presso qualsiasi ente pubblico o privato con divieto di libero esercizio professionale

b) svolgere / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale convenzionato

c) essere / non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici pediatri di libera scelta

d) esercitare / non esercitare (1) la professione medica con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfetariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio sanitario nazionale e che non adottino le clausole normative ed economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale

e) operare / non operare (1) a qualsiasi titolo in case di cura convenzionate o accreditate con il S.S.N.
(in caso affermativo, indicare l'Azienda.....)

f) svolgere / non svolgere (1) attività fiscali per conto di Aziende
(in caso affermativo indicare l'Azienda.....)

g) essere / non essere (1) 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

h) essere / non essere (1) 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

i) operare / non operare (1) 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.L.vo n. 229/99;

l) essere / non essere (1) 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.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni

m) percepire / non percepire (1) indennità di rischio in base ad altro rapporto lavorativo
(in caso di risposta affermativa indicare il tipo di attività svolta.....
e la misura dell'indennità percepita.....)

8. di avere svolto la seguente attività professionale nella branca o area professionale, come sostituto, incarico provvisorio e a tempo determinato:

Branca.....Asl.....ore complessiveANNO

Branca.....Asl.....ore complessive ANNO

NOTE (2)

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

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.

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 10 della legge 675/96 e successive modificazioni, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data..... Firma per esteso

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D. Leg.vo n. 196 del 30/06/2003 si informa che:

1. **il conferimento dei dati personali è obbligatorio per poter ottenere l'inserimento in graduatoria provinciale. In caso di rifiuto, Ella non potrà essere inserito in graduatoria;**
2. **i dati personali contenuti nella presente istanza saranno oggetto di trattamento da parte di codesto Comitato Zonale al fine della predisposizione della graduatoria provinciale**
3. **il trattamento dei dati sarà effettuato mediante archiviazione manuale e automatizzata nel sistema informatico del Comitato Zonale di Rovigo**
4. **potrà rivolgersi a questo Comitato Zonale per far valere i suoi diritti, così come previsti dall'art. 7 del D. Leg.vo n. 196 del 30/06/2003 e s.m.i.**
5. **il titolare dei dati è il Direttore della SOC Gestione Risorse in Convenzione Dr. Giuliano Passarotto.**

Il sottoscritto _____ presa visione dell'informativa di cui sopra, ai sensi dell'art. 23 del D. Leg.vo n. 196 del 30/06/2003 e s.m.i., autorizza il trattamento dei dati personali.

Data _____

Firma _____