

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA

ART. 21 DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI SPECIALISTI
AMBULATORIALI, VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITÀ (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI) DEL 23 MARZO 2005 COME
INTEGRATO DALL'ACCORDO PER L'APPLICAZIONE DELLA NORMA FINALE N. 6 DEL 1 MARZO 2006

BOLLO

RACCOMANDATA R.R.

Al COMITATO CONSULTIVO ZONALE
DELLA PROVINCIA DI LATINA
c/o AZIENDA U.S.L. LATINA
Centro Direzionale Commerciale "LatinaFiori"
Palazzina G2 - Viale Pier Luigi Nervi s.n.c. - 04100 LATINA

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ (prov. _____)
il ___/___/____ - M ___ - F ___ - Codice Fiscale _____ Comune di
residenza _____ (prov. _____) Indirizzo Via/Piazza _____
n. ____ .c.a.p. _____ telefono _____ Recapito professionale nel
Comune di _____ (prov. _____) Indirizzo Via/Piazza _____
n. ____ .c.a.p. _____ telefono _____

CHIEDE DI ESSERE INCLUSO NELLA GRADUATORIA

- secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti Ambulatoriali, Veterinari ed altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi), 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
di _____ per i biologi
di _____ per i chimici
di _____ per gli psicologi (disciplina di psicologia o psicoterapia)
a valere per l'anno _____ relativa alla Provincia di _____ nel cui ambito territoriale intende ottenere incarico ambulatoriale.

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:

la propria residenza

il domicilio sottoindicato:

c/o _____ Comune di _____ (prov. _____) Indirizzo
Via/Piazza _____ n. ____ .c.a.p. _____

(data)

(firma per esteso)

AVVERTENZE IMPORTANTI

- I documenti comprovanti il possesso dei titoli dichiarati devono essere in regola con le norme sull'imposta di bollo e le disposizioni di legge vigenti.
- Ai fini dell'attribuzione del relativo punteggio, la 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 o di quella mancante rispetto a quanto dichiarato dall'aspirante.
- Se la domanda è 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 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 sottoscrittore.

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ (prov. _____)
il ___/___/____ - M ___ - F___ - Codice Fiscale _____ Comune di
residenza _____ (prov. _____) Indirizzo Via/Piazza _____
_____ n. ____ .c.a.p. _____ telefono _____ Recapito professionale nel
Comune di _____ (prov. _____) Indirizzo Via/Piazza _____
_____ n. ____ .c.a.p. _____ telefono _____

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

1. di essere laureato in _____ (Medicina e Chirurgia / Odon-
toiatria / Medicina Veterinaria / Biologia / Chimica / Psicologia) con voto _____ presso l'Università
di _____ in data ___/___/_____

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

3. di essere iscritto all'Albo professionale _____ (dei medici chirurghi / degli
odontoiatri / dei medici veterinari / dei biologi / dei chimici / degli psicologi) presso l'Ordine provincia-
le/regionale di _____ dal ___/___/_____

4. di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:

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

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

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

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

5. di essere in possesso delle seguenti libere docenze:

in _____ con Decreto Ministeriale del _____

in _____ con Decreto Ministeriale del _____

in _____ con Decreto Ministeriale del _____

in _____ con Decreto Ministeriale del _____

6. di essere in possesso dei seguenti dottorati di ricerca:

in _____ con Decreto Ministeriale del _____

in _____ con Decreto Ministeriale del _____

in _____ con Decreto Ministeriale del _____

in _____ con Decreto Ministeriale del _____

7. 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 dal-
l'Ordine _____

In caso affermativo, specificare il provvedimento disciplinare: _____

8. 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 _____)

9. di avere svolto la seguente attività professionale nella branca, come sostituto, incarico provvisorio e a tempo determinato (non è valutabile il servizio effettuato precedentemente l'anno 2000):

Branca _____ ASL _____ ore _____ sett. _____ dal _____ al _____
Branca _____ ASL _____ ore _____ sett. _____ dal _____ al _____
Branca _____ ASL _____ ore _____ sett. _____ dal _____ al _____
Branca _____ ASL _____ ore _____ sett. _____ dal _____ al _____
Branca _____ ASL _____ ore _____ sett. _____ dal _____ al _____
Branca _____ ASL _____ ore _____ sett. _____ dal _____ al _____
Branca _____ ASL _____ ore _____ sett. _____ dal _____ al _____

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

N.B. La presente autocertificazione informativa, con le appropriate modificazioni, è utilizzabile anche per le comunicazioni, ai comitati di cui all'art. 24, relative alle modificazioni nel proprio stato di servizio.

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

Branca _____ ASL _____ ore _____ sett. _____ dal _____ al _____
Branca _____ ASL _____ ore _____ sett. _____ dal _____ al _____
Branca _____ ASL _____ ore _____ sett. _____ dal _____ al _____
Branca _____ ASL _____ ore _____ sett. _____ dal _____ al _____
Branca _____ ASL _____ ore _____ sett. _____ dal _____ al _____
Branca _____ ASL _____ ore _____ sett. _____ dal _____ al _____
Branca _____ ASL _____ ore _____ sett. _____ dal _____ al _____

10. di avere svolto la seguente attività professionale in qualità di Medico Veterinario (1) presso strutture del S.S.N., Comuni, Province, Regioni, Istituti universitari, Istituti Zooprofilattici, Enti privati equiparati:

dal _____ al _____ presso _____ per n. ore settimanali _____ nel servizio di _____ con la qualifica di _____
dal _____ al _____ presso _____ per n. ore settimanali _____ nel servizio di _____ con la qualifica di _____
dal _____ al _____ presso _____ per n. ore settimanali _____ nel servizio di _____ con la qualifica di _____

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

N.B. La presente autocertificazione informativa, con le appropriate modificazioni, è utilizzabile anche per le comunicazioni, ai comitati di cui all'art. 24, relative alle modificazioni nel proprio stato di servizio.

9. di avere svolto la seguente attività professionale in qualità di:

BIOLOGO CHIMICO PSICOLOGO

presso strutture del S.S.N., Comuni, Province, Regioni, Istituti universitari, Ministeri, Enti privati equiparati, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, Enti ed istituti pubblici di ricerca, strutture private:

dal _____ al _____ presso _____ per n. ore settimanali _____
nel servizio di _____ con la qualifica di _____

dal _____ al _____ presso _____ per n. ore settimanali _____
nel servizio di _____ con la qualifica di _____

dal _____ al _____ presso _____ per n. ore settimanali _____
nel servizio di _____ con la qualifica di _____

10. di avere svolto la seguente attività professionale in qualità di:

BIOLOGO VOLONTARIO CHIMICO VOLONTARIO PSICOLOGO VOLONTARIO

Presso strutture pubbliche, regolarmente deliberata dall'Ente

dal _____ al _____ presso _____ per n. ore settimanali _____
nel servizio di _____ con la qualifica di _____

dal _____ al _____ presso _____ per n. ore settimanali _____
nel servizio di _____ con la qualifica di _____

11. di avere frequentato i seguenti corsi di perfezionamento o aggiornamento, di durata non inferiore a 30 ore o a 4 giorni, formalmente documentati con attestazione di frequenza, in una delle discipline della:

BIOLOGIA CHIMICA PSICOLOGIA

N.B.: non sono valutabili i corsi di aggiornamento obbligatori per contratto o convenzione.

corso in _____, seguito dal _____ al _____ per complessive
ore/giorni/anni _____, presso _____

corso in _____, seguito dal _____ al _____ per complessive
ore/giorni/anni _____, presso _____

corso in _____, seguito dal _____ al _____ per complessive
ore/giorni/anni _____, presso _____

corso in _____, seguito dal _____ al _____ per complessive
ore/giorni/anni _____, presso _____

corso in _____, seguito dal _____ al _____ per complessive
ore/giorni/anni _____, presso _____

corso in _____, seguito dal _____ al _____ per complessive
ore/giorni/anni _____, presso _____

corso in _____, seguito dal _____ al _____ per complessive
ore/giorni/anni _____, presso _____

corso in _____, seguito dal _____ al _____ per complessive
ore/giorni/anni _____, presso _____

12. di avere conseguito idoneità in pubblico concorso (valutabile solo la prima idoneità):

concorso a _____
presso _____ .anno _____

13. di essere iscritto all'Ordine Nazionale/Regionale/Provinciale dei Biologi/Chimici/Psicologi (1)

dal _____

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

N.B. La presente autocertificazione informativa, con le appropriate modificazioni, è utilizzabile anche per le comunicazioni, ai comitati di cui all'art. 24, relative alle modificazioni nel proprio stato di servizio.