

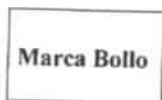
DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA di _____

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

Primo inserimento

Aggiornamento

RACCOMANDATA A/R



All' AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
Uff. Specialistica Ambulatoriale
Via Sant'Anna II tronco pal. Ti Bi n°18
89128 REGGIO di CALABRIA

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
(prov. _____) il _____ M__ F__ Codice Fiscale _____
Comune di residenza _____ (prov. _____)
Via _____ n. _____ Cap _____ telefono _____
PEC _____
e-mail _____

Chiede di essere incluso nella graduatoria dei:

- medici **specialisti** ed **odontoiatri**: branca di _____
 medici **veterinari**: area _____
 biologi _____
 chimici _____
 professionisti **psicologi** _____
 professionisti **psicoterapeuti** _____

a valere per l'anno **2019**, relativamente all'ambito zonale di **REGGIO CALABRIA** nel cui territorio intende ottenere incarico.

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

Chiede che ogni comunicazione sia inviata al seguente indirizzo:

la propria residenza il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____
(prov. _____) via _____ n. _____ CAP _____

Data _____ Firma per esteso _____
(allegare fotocopia documento d'identità)

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

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____
(prov. _____) il _____ M_ F_ Codice Fiscale _____
Comune di residenza _____ (prov. _____)
Indirizzo Via _____ n. _____ Cap _____ telefono _____

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

DICHIARA,

ai sensi ed agli 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) 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)*
- il diploma di laurea con voto ____/110 senza lode con lode conseguito presso l'Università di _____ in data ____/____/____
- la laurea specialistica/magistrale con voto ____/100 senza lode con lode conseguita presso l'Università di _____ in data ____/____/____

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 _____ *(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 _____

6. di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:
in _____ conseguita il ____/____/____ presso l'Università di _____ con voto ____ senza lode con lode
in _____ conseguita il ____/____/____ presso l'Università di _____ con voto ____ senza lode con lode
in _____ conseguita il ____/____/____ presso l'Università di _____ con voto ____ senza lode con lode

7. di non fruire del trattamento per l'invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al *decreto 15 ottobre 1976* del Ministero del lavoro e della previdenza sociale;

8. di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;

9. di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario con massimale orario pari a 38 ore settimanali;

TITOLI E CRITERI DI VALUTAZIONI PER LA FORMAZIONE DELLE GRADUATORIE DI CUI ALL'ART. 17 dell'ACN

TITOLI ACCADEMICI

Voto di laurea 110/110 e lode o 100/100 e lode	punteggio 3,00
Voto di laurea da 101/110 a 110/110 o da 91/100 a 100/100	punteggio 2,00

MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI - ODONTOIATRI - VETERINARI

1. Specializzazioni in Branche specialistiche: - per la prima specializzazione	punteggio 3,00
- specializzazione ai sensi degli artt. 3 e 35 della legge n.56/89	punteggio 3,00
- per ogni ulteriore specializzazione	punteggio 1,00
2. Voto di specializzazione: con lode (una sola volta)	punteggio 3,00
con il massimo dei voti (una sola volta)	punteggio 2,00

BIOLOGI - CHIMICI - PSICOLOGI

1. Specializzazioni: - per la prima specializzazione	punteggio 3,00
- specializzazione ai sensi degli artt. 3 e 35 della legge n.56/89	punteggio 3,00
- per ogni ulteriore specializzazione	punteggio 1,00
2. Voto di specializzazione: - con lode (una sola volta)	punteggio 3,00
- con il massimo dei voti (una sola volta)	punteggio 2,00

TITOLI PROFESSIONALI

Sostituzioni, incarichi provvisori e a tempo determinato effettuati nella **branca specialistica** o area professionale, per cui si partecipa, presso Aziende sanitarie ed altre Istituzioni pubbliche che applicano le norme del **presente Accordo** (Inps, Inail, Ministero della Difesa, SASN, ecc):

- per ciascuna ora di attività svolta	punteggio 0,003
---------------------------------------	-----------------

A parità di punteggio prevale prima l'anzianità di specializzazione, poi di laurea e, in subordine, **la minore età**.

Informativa resa all'interessato per il trattamento di dati personali

- Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/03 e in relazione ai dati personali oggetto di trattamento:
- il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento della formazione della graduatoria valida per l'anno 2019;
 - il trattamento viene effettuato avvalendosi sia di strumenti cartacei che informatici;
 - 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;
 - i dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria e/o sul sito istituzionale di ciascuna Azienda della Regione Calabria e/o sul sito istituzionale dell'Ordine dei Medici di Reggio Calabria e/o del SUMAI;
 - 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 intellegibile, di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento, di ottenere l'aggiornamento, l'integrazione dei dati; di opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati personali;
 - titolare e responsabile del trattamento dei dati è l'**Azienda Sanitaria di Reggio Calabria, con sede in via Sant'Anna II tronco pal. TiBi n°18, 89128 Reggio Calabria.**

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 Calabria), al competente ufficio dell'Azienda sede del Comitato Zonale, ovvero al competente ufficio dell'Azienda individuata dalla Regione, **entro e non oltre il 31 Gennaio 2018**.
- Se la domanda è presentata personalmente al competente 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 **sottoscritta** dall'interessato ed 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 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.