

Marca da
bollo
€ 14,62

**Al Comitato Zonale dei Medici Specialisti Ambulatoriali,
Medici Veterinari ed altre Profess. Sanitarie
Provincia di Grosseto**

**c/o Azienda USL. 9
Via Cimabue, 109
58100 Grosseto**

**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA PER I
PROFESSIONISTI**

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

Il/La sottoscritto/a Dr/Dr.ssa.....,

nato/a a.....(Prov.....) il.....

Codice Fiscale.....Comune di residenza.....(Prov.....)

Via/Piazza.....n.....Cap..... telefono.....

Chiede di essere incluso/a nella graduatoria

- secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali ed altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi), ex art.8 del D. L.vo n.502/92 e successive modificazioni -

- di.....per i biologi
- di.....per i chimici
- di.....per gli psicologi (disciplina di psicologia o psicoterapia)
(in ogni domanda è possibile indicare una sola disciplina)

a valere per l'anno **2013**, relativa alla Provincia di Grosseto, nel cui ambito territoriale intende ottenere incarico.

A tale fine acclude alla presente la seguente documentazione:

- autocertificazione informativa
- 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 sotto indicato;

c/o _____ Comune _____ Provincia _____

indirizzo _____ cap _____

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
- La domanda deve essere spedita a mezzo raccomandata a/r- a tal fine fa fede il timbro postale- o consegnata all' ufficio del Comitato Zonale di competenza, entro e non oltre

il 31 gennaio 2012

A PENA DI ESCLUSIONE

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.**

- Alla scadenza del termine di presentazione della domanda di inserimento nella graduatoria, pena la nullità della domanda stessa e di ogni altro provvedimento conseguente, l'aspirante deve possedere i seguenti requisiti:

- a) essere iscritto all'Albo professionale;
- b) possedere il titolo per l'inclusione nelle graduatorie della categoria professionale interessata, previsto nell'allegato A parte prima dell' ACN/2009.

- Ai fini della graduatoria sono valutabili i titoli professionali conseguiti fino **al 31 dicembre 2011**

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il/La sottoscritto/a Dr/Dr.ssa.....,
nato/a a.....(Prov.....) il.....
Codice Fiscale.....Comune di residenza.....(Prov.....)
Via/Piazza.....n.....Cap..... telefono.....

Dichiara, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e successive modificazioni

1. di possedere il diploma di laurea (DL) ovvero laurea specialistica (LS) della classe corrispondente in (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..... (biologo, o chimico o psicologo) nella sessione.....presso l'Università di.....

3. di essere iscritto all'Albo professionale.....(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.....

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

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

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

In caso affermativo, specificare il provvedimento disciplinare:

.....

6. 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.....)

7. di avere svolto la seguente attività professionale nell'area professionale, come sostituto, incarico provvisorio e a tempo determinato in qualità di:
Biologo/Chimico/Psicologo (1)

Area professionale	presso (2)	ore	sett	dal	al
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					

NOTE (3)
.....
.....
.....
.....
.....

N.B.
Per l'attività svolta in altra Regione, indicare con precisione l'Amministrazione competente, indirizzo completo e telefono, elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni utili ad accertare la veridicità della dichiarazione prodotta [art. 43 c.1 DPR. N. 445 del 28/12/2000]

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) *Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme del presente accordo*

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

ATTENZIONE

La mancata sottoscrizione della domanda o dell' autocertificazione informativa, nonché la mancata compilazione dei campi relativi a dati essenziali per la formazione della graduatoria, comporta la esclusione dalla graduatoria stessa

N.B. La presente autocertificazione informativa, con le appropriate modificazioni, e' utilizzata anche per le comunicazioni, ai comitati di cui all'art. 24, relative alle modificazioni nel proprio rapporto convenzionale.

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

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

1. Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento da parte di questo Comitato zonale della formazione della graduatoria per le figure Professionali di Biologo-Chimico-Psicologo valida per l'anno...**2013**.
 2. Il trattamento viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici;
 3. Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, in caso di rifiuto, Ella non potrà essere inserito in detta graduatoria;
 4. I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione;
 5. L'art. 7 del citato D.lgs Le conferisce 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 basa il trattamento;
 6. Titolare del trattamento dei dati è l' Azienda USL. 9 di Grosseto
-