

*Marca da Bollo*  
*€ = 14,62*

Mod. 20090729 [www.Sisac.info.it](http://www.Sisac.info.it)

**ALLEGATO B**

PARTE PRIMA

**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA Specialisti Ambulatoriali, Veterinari e altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi)**, art. 21 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali, medici veterinari e le altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi).

**AL COMITATO ZONALE DI.....**

Il sottoscritto Dott....., nato a.....(prov.....)  
il.....M\_\_F\_\_ Codice Fiscale.....  
Comune di residenza.....(prov.....)  
Indirizzo Via .....n.....Cap..... telefono.....

Recapito professionale nel Comune di.....(prov.....)  
Via.....n.....Cap.....telefono.....

**@mail.....**

**Chiede di essere incluso nella graduatoria**

- secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali, medici 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 Area A  Area B  Area C

di.....per i Biologi

di.....per i Chimici

di.....per gli Psicologi alla Disciplina **Psicologia**

di .....per gli Psicologi alla Disciplina di **Psicoterapia**

a valere per **l'anno 2013** relativa alla Provincia di.....

nel cui ambito territoriale intende ottenere l'incarico.

A tale fine acclude alla presente la seguente documentazione:

a) autocertificazione informativa Allegato " B" - Parte seconda;

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:**

c/o la propria residenza (barrare);

al proprio domicilio c/o.....Comune.....Provincia...  
Via/p.zza ..... n..... 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.

- 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.

## ALLEGATO B

### PARTE SECONDA

#### AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott....., nato a.....(prov.....)

il.....M\_\_F\_\_ Codice Fiscale.....

Comune di residenza.....(prov.....)

Indirizzo Via .....n.....Cap..... telefono.....

Recapito professionale nel Comune di.....( prov.....)

Via.....n.....Cap.....telefono.....

**Dichiara, ai sensi e agli effetti della legge n.15/68 e sue successive modifiche e integrazioni**

**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.....//.....;

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 di:.....

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 forfettariamente 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 di :.....);

**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 nella branca o area professionale, come sostituto, incarico provvisorio e a tempo determinato:

Branca o area professionale (indicare)	Presso Az. USL o altra Istituzione Pubblica ACN (2)	Dal	Al	Ad incarico per ore sett.li n° (*)	n° Totale ore effettuate ☒

**Note (3)** specificare se ore da titolare a t.i. (\*), se ore da incaricato annuale (\*) o straordinario (\*) secondo l'A.C.N. vigente, se nel caso di attività dovuta a brevi sostituzioni ☒:

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

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. 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 .....

**(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;

(\* ) P.S. Si ricorda che l'imposta di bollo di €=14,62 è dovuta sulla presente domanda a seguito di ulteriore risoluzione n. 954.-19608-2010 del 18.2.2010, della Direzione Centrale Ag. delle Entrate del Ministero delle Finanze e interpello SISAC del 16.10.2009. La mancata apposizione del bollo comporta la trasmissione degli atti alla Agenzia delle Entrate competente per la regolarizzazione dell'imposta e del pagamento dell'imposta aggiuntiva, DPR 642/972, art.lo 3, Tariffa Allegata.

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.