

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA:

Specialisti Ambulatoriali, Veterinari e altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi)

art. 17 dell'Accordo Collettivo Nazionale 17 dicembre 2015 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, i veterinari e le altre professionalità (biologi, chimici, psicologi)

- Primo inserimento
- Aggiornamento

Marca da bollo € 16,00

Alla A.S.Re.M.
Sede del Comitato Zonale
Via Ugo Petrella, 1
86100 Campobasso

Il sottoscritto
Nato a (prov.....) il
Comune di residenza (prov.....)
Indirizzo n° Cap
Telefono
Pec e-mail

Chiede di essere incluso nella graduatoria dei:

- medici specialisti ed odontoiatri: branca di
- medici veterinari: area (*per ogni area va inviata una domanda*)
- biologi
- chimici
- professionisti psicologi
- professionisti psicoterapeuti

a valere per **l'anno 2019** relativamente all'ambito zonale di Campobasso/Isernia nel cui territorio intende ottenere l'incarico.

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

Chiede che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:

.....

Data firma per esteso

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
Nato a (prov.....) il
Comune di residenza (prov.....)
Indirizzo n° Cap

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:

- di essere cittadino italiano
- di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE (*specificare*)
- di possedere il diploma di laurea (DL) la laurea specialistica (LS) della classe corrispondente in
(medicina e chirurgia – odontoiatria e protesi dentaria – medicina veterinaria - biologia – chimica – psicologia):
- diploma di laurea con voto /110 senza lode con lode, conseguito presso l'Università di: in data
- laurea specialistica/magistrale con voto /100 senza lode con lode, conseguita presso l'Università di: in data
- di essere abilitato all'esercizio della professione di
(medico chirurgo – odontoiatra – medico veterinario – biologo – chimico – psicologo) nella sessione presso l'Università di
- di essere iscritto all'Albo professionale dei/degli
(medici chirurghi – odontoiatri – veterinari – biologi – chimici – psicologi) presso l'Ordine provinciale/regionale di dal
- di essere in possesso della seguente specializzazione in:
..... conseguita il presso
l'Università di con voto/..... con lode senza lode

..... conseguita il presso
l'Università di con voto/..... con lode senza lode

..... conseguita il presso
l'Università di con voto/..... con lode senza lode

- di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale;
- di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;
- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialistica ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario con massimale orario pari a n° 38 ore settimanali;
- di avere svolto la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, come sostituto, incaricato provvisorio o incaricato a tempo determinato
(*indicare il servizio svolto fino al 31 dicembre dell'anno precedente*):

Branca specialistica o Area professionale	presso	n° ore	dal	al
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del D.P.R. 445/2000)

Firma apposta alla presenza di
con identificazione del dichiarante mediante

Il funzionario

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03 e in relazione ai dati personali oggetto di trattamento:

- 1. 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.*
- 2. 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.*
- 3. I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione e sul sito istituzionale di ciascuna Azienda della Regione*
- 4. 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 intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati; di opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati personali.*
- 5. Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è la A.S.Re.M.*

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), 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 di ciascun anno;
- 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 già 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 e 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.