

RACCOMANDATA A.R.

**Al Comitato Consultivo Zonale
della Provincia di Nuoro
c/o A.S.L. n. 3 Via Demurtas,**

08100 NUORO

N.B. La domanda potrà anche essere presentata personalmente o da un terzo esclusivamente al competente ufficio del Comitato Zonale (Via Deffenu – Nuoro). Se presentata da un terzo o se spedita per raccomandata la domanda dovrà essere già sottoscritta dall'interessato ed accompagnata dalla fotocopia non autenticata di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.

OGGETTO: Domanda di inclusione nella graduatoria della Provincia di Nuoro per l'anno 2013

art. 21 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti Ambulatoriali interni, Medici Veterinari e altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi)

Il Sottoscritto Dott. (cognome) _____ (nome) _____
 nato a _____ (prov. ____) il _____ residente nel Comune
 di _____ (prov. ____) in Via _____ n° _____
 Cap. _____ Tel. _____ Cell. _____ E-Mail _____

CHIEDE

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 ESSERE INCLUSO NELLA GRADUATORIA

(Indicare la branca o la scuola di specializzazione)

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 2013 relativa alla **Provincia di Nuoro e Ogliastra** nel cui ambito territoriale intende ottenere incarico.

A tal fine acclude alla presente la seguente documentazione:

- a) D autocertificazione informativa;
- b) n _____ documenti relativi ai titoli in suo possesso, valutabili ai fini della graduatoria predetta e specificati nel prospetto interno;

c) Altro: _____

 _____;

- Dichiaro di essere presente nella graduatoria dell'anno precedente si no

- Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

la propria residenza

il domicilio sotto indicato:

c/o _____ Comune _____ Provincia _____

indirizzo _____ 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 (Via Deffenu - Nuoro) la firma deve essere apposta all'atto della sua presentazione, avanti al dipendente addetto a riceverla.

- Se, viceversa, la domanda è inviata **per posta (Raccomandata A.R.** - Via Demurtas 1 – 08100 Nuoro o presentata **da un terzo (al competente ufficio del Comitato Zonale - Via Deffenu - Nuoro, deve essere già sottoscritta dall'interessato ed accompagnata dalla fotocopia non autenticata di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.**

Le domande consegnate personalmente o da un terzo devono essere inoltrate tassativamente nell'ufficio del Comitato di Via Deffenu - Nuoro — **pena esclusione dalla graduatoria.**

N.B. NON VERRANO PRESE IN CONSIDERAZIONE, ALTRESÌ'

a) Le domande **inviata per raccomandata e quelle consegnate da un terzo** prive della fotocopia non autenticata di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore e non sottoscritte dall'interessato ;

b) Inviata ad altri Enti.

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA - parte seconda - allegato B

Il Sottoscritto Dott. (cognome) _____ (nome) _____
 nato a _____ (prov. ____) il _____ residente nel di
 Comune _____ Prov. ____ in Via n° ____ Cap. _____ Tel. _____
 Cell. _____ cittadinanza _____

Dichiara,

ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445/00 e successive modificazioni:

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, medicina veterinaria, o biologia, o chimica, o psicologia) con voto _____/110 (DL) _____/100 (LS) conseguita presso l'Università di _____ in data _____

2. 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 _____

per i biologi, chimici e psicologi specificare se la specializzazione è ai sensi degli artt. 3 e 35 della legge n. 56/89

(Si consiglia di allegare, per chi fa la domanda per la prima volta, un certificato d'iscrizione all'Ordine)

3. di essere iscritto all'Albo professionale dei _____ (dei medici chirurghi o degli odontoiatri, o dei medici veterinari o dei biologi, o dei chimici, o degli psicologi) presso l'Ordine provinciale/regionale di _____ dal _____

4. di essere abilitato all'esercizio della professione di _____ (medico chirurgo o odontoiatra, medico veterinario o biologo, o chimico o psicologo) nella sessione _____ presso l'università di _____

5. di non aver subito di aver subito provvedimenti disciplinari da parte delle competenti Commissioni di Disciplina previste dall'attuale o dai precedenti Accordi.

Di non essere di essere soggetto ad alcun provvedimento restrittivo di natura disciplinare comminato dall'Ordine _____, per il seguente provvedimento disciplinare _____.

6. di essere nella seguente posizione:

- a) avere sì no un rapporto di lavoro subordinato presso qualsiasi ente pubblico o privato con divieto di libero esercizio professionale;
- b) svolgere sì no attività di medico di medicina generale convenzionato;
- e) essere sì no iscritto negli elenchi dei medici pediatri di libera scelta;
- d) esercitare sì no la professione medica con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfetariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al S.S.N. e che non adottino le clausole normative ed economiche dell'A.C.N.
- e) operare sì no a qualsiasi titolo in case di cura convenzionate o accreditate con il S.S.N. (in caso affermativo, indicare l'Azienda_____);
- f) svolgere sì no attività fiscali per conto di Aziende (in caso affermativo indicare l'Azienda_____);
- g) essere sì no 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 sì no 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 sì no 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 sì no 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 sì no 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 _____);

DICHIARA inoltre

di aver svolto le seguenti attività professionali nella branca o area Professionale (sostituzioni, incarichi provvisori e a tempo determinato) effettuate dopo il 02/10/2000, **ESCLUSIVAMENTE** ai sensi del D.P.R. 271/00 e dell'A.C.N. 23/03/2005 e AC.N. 29/07/2009 e s.m.i.:

N.B.: Il numero delle ore non dichiarate nella domanda di inclusione nella graduatoria dell'anno precedente, devono essere dichiarate per la valutazione del punteggio sulla base di nuovi criteri stabiliti dall' A.C.N.
Si consiglia di allegare un certificato dei servizio.

Non si terrà conto delle dichiarazioni dalle quali non è possibile dedurre i dati di valutazione.

ANNO

Branca o area Professionale di _____ ASL _____

Poliambulatorio/Sede di _____ n. ore sett. Totali (effettivamente svolte) _____

dal _____ al _____

ANNO

Branca o area Professionale di _____ ASL _____

Poliambulatorio/Sede di _____ n. ore sett. Totali (effettivamente svolte) _____

dal _____ al _____

ANNO

Branca o area Professionale di _____ ASL _____

Poliambulatorio/Sede di _____ n. ore sett. Totali (effettivamente svolte) _____

dal _____ al _____

ANNO

Branca o area Professionale di _____ ASL _____

Poliambulatorio/Sede di _____ n. ore sett. Totali (effettivamente svolte) _____

dal _____ al _____

ANNO

Branca o area Professionale di _____ ASL _____

Poliambulatorio/Sede di _____ n. ore sett. Totali (effettivamente svolte) _____

dal _____ al _____

ANNO

Branca o area Professionale di _____ ASL _____

Poliambulatorio/Sede di _____ n. ore sett. Totali (effettivamente svolte) _____

dal _____ al _____

ANNO

Branca o area Professionale di _____ ASL _____

Poliambulatorio/Sede di _____ n. ore sett. Totali (effettivamente svolte) _____

dal _____ al _____

ANNO

Branca o area Professionale di _____ ASL _____

Poliambulatorio/Sede di _____ n. ore sett. Totali (effettivamente svolte) _____

dal _____ al _____

ANNO

Branca o area Professionale di _____ ASL _____

Poliambulatorio/Sede di _____ n. ore sett. Totali (effettivamente svolte) _____

dal _____ al _____

ANNO

Branca o area Professionale di _____ ASL _____

Poliambulatorio/Sede di _____ n. ore sett. Totali (effettivamente svolte) _____

dal _____ al _____

ANNO

Branca o area Professionale di _____ ASL _____

Poliambulatorio/Sede di _____ n. ore sett. Totali (effettivamente svolte) _____

dal _____ al _____

ANNO

Branca o area Professionale di _____ ASL _____

Poliambulatorio/Sede di _____ n. ore sett. Totali (effettivamente svolte) _____

dal _____ al _____

ANNO

Branca o area Professionale di _____ ASL _____

Poliambulatorio/Sede di _____ n. ore sett. Totali (effettivamente svolte) _____

dal _____ al _____

ANNO

Branca o area Professionale d _____ ASL _____

Poliambulatorio/Sede di _____ n. ore sett. Totali (effettivamente svolte) _____

dal _____ al _____

ANNO

Branca o area Professionale di _____ ASL _____

Poliambulatorio/Sede di _____ n. ore sett. Totali (effettivamente svolte) _____

dal _____ al _____

ANNO

Branca o area Professionale di _____ ASL _____

Poliambulatorio/Sede di _____ n. ore sett. Totali (effettivamente svolte) _____

dal _____ al _____

NOTE:

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del Dlgs. n. 196/2003 e successive modificazioni, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, afferma che quanto sopra corrisponde al vero.

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del Dlgs. n. 196/03 e successive modificazioni, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data _____

Firma per esteso _____