

Bollo (€ 16)



**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA PER L'ANNO 2017
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, i Veterinari e le altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi) del 29.07.2009

AL COMITATO CONSULTIVO ZONALE DI GENOVA

Via Bertani, 4
16125 Genova
Tel. 010/8496648

LA PRESENTE DOMANDA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE

Il sottoscritto Dott.
nato a.....(prov.....) il..... M__ F__
Codice Fiscale.....
Comune di residenza.....(prov.....)
Indirizzo Vian.....CAP..... telefono.....
Recapito professionale nel Comune di.....(prov.....)
Via..... n.Via.....CAP.....telefono.....

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..... (**specificare la branca**) per i **medici specialisti ed odontoiatri**
di..... (**specificare la branca**) per i **medici veterinari**
di..... (**indicare: Professionista Biologo**) per i **biologi**
di..... (**indicare: Professionista Chimico**) per i **chimici**
di..... (**indicare: Professionista Psicologo**) per gli **psicologi**

a valere per l'anno **2017**, relativa alla Provincia di **Genova**,
nel cui ambito territoriale intende ottenere incarico.

A tale fine acclude alla presente la seguente documentazione:

- autocertificazione informativa.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

-la propria residenza

-il domicilio sottoindicato:

c/o.....Comune.....Provincia.....

INDIRIZZON.CAP.....

Data.....Firma per esteso.....

Avvertenze importanti

-Si raccomanda di scrivere **in modo leggibile** e **possibilmente in stampatello**.

- La domanda deve essere in regola con le vigenti norme in materia di imposta di bollo (**vale a dire allegare alla domanda marche da bollo per complessivi 16€**), pena l'esclusione dalla graduatoria.

- E' sufficiente autocertificare quanto richiesto nel presente modello di domanda di inclusione in graduatoria e nell'Autocertificazione Informativa, **senza necessità di allegare alcun ulteriore documento**.

- **Se la domanda e' presentata personalmente al competente ufficio del Comitato Zonale, la firma deve essere apposta all'atto della sua presentazione - davanti al dipendente addetto a riceverla - sia in calce alla domanda, sia in calce all'Autocertificazione Informativa. Se, viceversa, la domanda e' presentata da un terzo o inviata per posta, deve essere gia' sottoscritta dall'interessato, al pari dell'Autocertificazione Informativa. Sia nel caso di consegna diretta, sia nel caso di spedizione postale, la domanda deve essere accompagnata dalla fotocopia non autenticata di un documento di identita' in corso di validita' del sottoscrittore.**

Relativamente alla provincia di Genova, la domanda, redatta sul presente modello, dovrà essere inviata - **solo dall'1 gennaio all'1 febbraio** - o a mezzo raccomandata A.R. indirizzata al Comitato Zonale c/o A.S.L. 3 Genovese - Via Bertani 4 - 16125 Genova, o mediante consegna diretta al competente ufficio del Comitato Zonale - **Via Bertani 4 - Genova (3° piano-stanza 8), (orario rigorosamente 8,00-9,00 / 11,30-13,00 dal lunedì al venerdì)**. La domanda di inclusione in graduatoria deve essere rinnovata di anno in anno e compilata in ogni sua parte.

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott.....
nato a.....(prov.....) il.....
M__ F__ Codice Fiscale.....
Comune di residenza.....(prov.....)
Indirizzo Vian.....CAP..... telefono.....
Recapito professionale nel Comune di.....(prov.....)
Via.....n.....CAP.....telefono.....

Dichiara, ai sensi e agli effetti della legge n.15/68 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, 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..... al n.

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.....
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

b) svolgere / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale convenzionato

- c) svolgere / non svolgere (1) attività di medico pediatra 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.....)
- n) (in ossequio al D.L. n. 90 del 24/06/2014, convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1 comma 1 della Legge n. 114 dell'11/08/2014) essere / non essere stato (1) un lavoratore, pubblico o privato, collocato in quiescenza (in caso affermativo, indicare l'Ente previdenziale e la decorrenza della quiescenza):
Ente Previdenziale; in quiescenza
(pensione) a far data dal

7. di avere svolto la seguente attività professionale nella branca principale o area professionale, come **sostituto, incarico provvisorio o a tempo determinato** a favore di **ASL** ed altre Istituzioni **pubbliche che applicano le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale della Specialistica Ambulatoriale Convenzionata (Inps, Inail, Ministero della Difesa, SASN)** (relativamente all'attività professionale svolta presso gli enti sopra citati si precisa che, in mancanza di un'indicazione precisa dei periodi, comprensiva almeno di mese e anno, nonché delle ore svolte, non sarà possibile valutare l'attività professionale ai fini della graduazione. Si precisa che, **ai fini del punteggio, sono valide esclusivamente le tipologie di incarico sopra indicate**, pertanto si prega di **non indicare** le attività svolte **a tempo indeterminato**, e quelle svolte in regime di **dipendenza** presso strutture pubbliche, private e/o accreditate, **consulenze, co.co.co. o altro**):

Branca o area professionale	presso (2)	ore settimanali o totali (3)	dal	al
.....
.....
.....
.....
.....
.....

NOTE (4)

.....

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, e s.m.i., che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data----- Firma per esteso -----

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO	
Documento identità-----	n. -----
Rilasciato da -----	il-----
Data-----	Firma per esteso di chi riceve la domanda-----

- (1) cancellare la parte che non corrisponde al vero
- (2) **Azienda Sanitaria** o Istituzione **Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale della Specialistica Convenzionata (Inps, Inail, Ministero della Difesa o SASN)**
- (3) Specificare **con precisione** se il numero di ore dichiarate corrisponde all'orario **settimanale** o **totale**
- (4) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste