

WEB: INFORMATIVA SULL'INOLTRO DELLA DOMANDA PER L'INSERIMENTO NELLA GRADUATORIE DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE.

Dal 01.01.2014, secondo l'art. 21 del vigente ACN del 23.03.2005 e s.m.i., è possibile procedere all'inoltro delle domande per l'inserimento nelle graduatorie di medicina specialistica ambulatoriale, dei medici veterinari convenzionati e delle altre professionalità (Biologi, Chimici, psicologi).

Gli interessati devono inoltrare la domanda di inserimento in graduatoria entro e non oltre il 31.01.2014 utilizzando l'ALLEGATO B – PARTE PRIMA del vigente ACN. Gli stessi DEVONO inoltre produrre autocertificazione informativa ai sensi e agli effetti "dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445" (preferibilmente l'ALLEGATO B – PARTE SECONDA del vigente ACN) specificando, tra l'altro, tutte le attività svolte in qualità di medico specialista/professionista/veterinario in convenzione ai sensi del stesso ACN della medicina specialistica ambulatoriale, dei medici veterinari e delle altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi) e l'anzianità di incarico. Inoltre dovranno allegare FOTOCOPIA di un documento di riconoscimento.

Sulla domanda dovrà essere apposta una marca da bollo di € 16,00.

Per l'attuazione degli adempimenti urgenti per l'applicazione delle nuove disposizioni in materia di certificati e dichiarazioni sostitutive di cui all'art. 15 della legge 12 novembre 2011, n. 183, i candidati nell'autocertificare i servizi, dovranno specificare oltre alla natura del rapporto di lavoro anche le strutture presso le quali sono stati effettuati gli incarichi, con indicazione del recapito delle medesime (denominazione, indirizzo, n. tel. e fax, ufficio di riferimento e se possibile il funzionario addetto).

**LA DOMANDA DI INSERIMENTO IN GRADUATORIA DEVE ESSERE INVIATA
RACCOMANDATA A.R. AL SEGUENTE INDIRIZZO:**

AL COMITATO CONSULTIVO ZONALE
MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE TERAMO
PRESSO ASL TERAMO
Circonvallazione Ragusa n. 1
64100 TERAMO

Le domande potranno essere presentate presso la sede del Comitato Zonale (3° piano sede ASL) dal lunedì al venerdì dalle ore 12:30 alle ore 13:30 e martedì e giovedì pomeriggio dalle ore 16:30 alle ore 17:30.=

ALLEGATI:

- 1) Fac simile domanda inclusione in graduatoria (ALLEGATO B – PARTE PRIMA vigente ACN);
- 2) Fac simile AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA – ALLEGATO B – PARTE SECONDA vigente ACN;
- 3) Fac simile allegato E sull'informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali.

Gli interessati potranno consultare l'elenco delle branche e delle specializzazioni sul sito www.sisac.info.

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, i 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 Vian.....Cap..... telefono.....
Recapito professionale nel Comune di.....(prov.....)
Via.....n.....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.....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....., relativa alla Provincia di.....
nel cui ambito territoriale intende ottenere incarico.

A tale fine acclude alla presente la seguente documentazione:

- a) autocertificazione informativa
- 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:

la propria residenza

il domicilio sottoindicato:

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, 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.

PARTE SECONDA

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 dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

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

Branca o area professionale	presso (2)	ore	sett.	dal	al
.....
.....
.....
.....
.....
.....

NOTE (3)

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

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

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.

**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 di..... valida per l'anno.....

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

COMITATO CONSULTIVO ZONALE TERAMO

data

firma
per esteso