**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA: Medici Specialisti Ambulatoriali**

ai sensi dell’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**

**All’Azienda Sanitaria di Agrigento**

Comitato Zonale Specialistica Ambulatoriale

Viale della Vittoria, 321

**92100 Agrigento**

Il sottoscritto.......................…..............................................................………………………………., nato a ...............................................................(prov…......) il.............................................. M\_\_F\_\_\_ Codice Fiscale………............................................................

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

Indirizzo …........................................................…............................................. n. ……...…..

telefono...............................................................................................................

PEC........................................................................................ e mail......................................................

**CHIEDE**

di essere incluso nella graduatoria dei Medici per la branca di ………………………………….. (\*)

a valere per l’anno **2020** relativamente alla provincia di Agrigento, nel cui ambito territoriale intende ottenere incarico, in qualità di sostituto o incaricato, di Medico Specialista Ambulatoriale Interno, secondo quanto previsto dall’ACN 17/12/2015.

A tale fine acclude 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

…....................…………………

***( \* )* Non verrà presa in considerazione la domanda con la quale viene chiesta, contemporaneamente, l’inclusione nelle graduatorie per due o più branche specialistiche.**

**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.............................................. M\_\_F\_\_\_ Codice Fiscale………............................................................

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

Indirizzo …........................................................…............................................. n. ……...…..

telefono...............................................................................................................

PEC........................................................................................ e mail......................................................

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 .................................. (specificare: medicina e chirurgia - odontoiatria e protesi dentaria):
*  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.......................................................... (specificare: medico chirurgo o odontoiatra), nella sessione ......................................................... presso l’Università di ..................................................................;
* ⎕ di essere iscritto all’Albo professionale dei Medici-Chirurghi presso l’Ordine provinciale /regionale di ....................................................... dal .................................. (\*)
* ⎕ di essere iscritto all’Albo professionale degli Odontoiatri presso l’Ordine provinciale /regionale di ....................................................... dal .....................................(\*)

***(\*) Per il medico generico che operi come odontoiatra*** *è obbligatorio l’inserimento tanto dei dati relativi all’iscrizione all’albo dei medici chirurghi quanto dei dati relativi all’iscrizione all’albo degli odontoiatri*

* ⎕ di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:

1. ................................................................................................conseguita il......./........../...........

presso l’Università di............................................... con voto...............⎕ senza lode ⎕ con lode

1. ................................................................................................conseguita il......./........../...........

presso l’Università di............................................... con voto...............⎕ senza lode ⎕ con lode

1. ................................................................................................conseguita il......./........../...........

presso l’Università di............................................... con voto...............⎕ senza lode ⎕ con lode

* ⎕ di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro 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 specialista ambulatoriale, con massimale orario pari a 38 ore settimanali;
* ⎕ di essere ⎕ di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale per n……. ore settimanali presso …………………………………………..;
* ⎕ di essere ⎕ di non essere titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale per n……. ore settimanali presso …………………………………………..;
* ⎕ di avere svolto la seguente attività professionale nella branca specialistica per la quale chiede l’inclusione nella relativa graduatoria, come sostituto, incaricato provvisorio o incaricato a tempo determinato ai sensi dell’ACN che disciplina i rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni **(indicare solo il servizio svolto dal 02/10/2000 al 31 dicembre 2017 – non è oggetto di valutazione il servizio svolto a tempo indeterminato)**:

Branca specialistica Azienda Distretto nr. ore dal al

complessive

……………………… …….………. ……………………. ……… …….. ……..

……………………… …….………. ……………………. ……… …….. ……..

……………………… …….………. ……………………. ……… …….. ……..

……………………… …….………. ……………………. ……… …….. ……..

……………………… …….………. ……………………. ……… …….. ……..

……………………… …….………. ……………………. ……… …….. ……..

……………………… …….………. ……………………. ……… …….. ……..

……………………… …….………. ……………………. ……… …….. ……..

……………………… …….………. ……………………. ……… …….. ……..

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 DPR 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 sulla Gazzetta Ufficiale della Regione e sul sito istituzionale dell’Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento.
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 il Rappresentante legale pro tempore dell’Azienda Sanitaria di Agrigento, con sede legale in Agrigento Viale della Vittoria n.321. Tel Centralino 0922/407111.
6. Responsabile dei dati personali ai fini dell’esercizio dei diritti, relativamente ai dati di che trattasi è la dott.ssa Patrizia Tedesco – Titolare di Posizione Organizzativa “Ufficio di segreteria, proposte di atti e Anuma” – Viale della Vittoria n.321 – Agrigento – Tel. 0922407140 – Fax 0922407139.

**INFORMAZIONI**

* La domanda, in bollo, deve essere spedita a mezzo raccomandata A/R o consegnata a mano o trasmessa a mezzo PEC, all’Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento - Comitato Zonale, a partire dall’1 gennaio ed entro e non oltre il 31 Gennaio 2018.
* 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 o 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.
* Nel caso in cui la domanda viene inoltrata a mezzo PEC, deve essere trasmessa anche una dichiarazione sostitutiva di atto notorio, con la quale, ai sensi dell’art.47 DPR n.445 del 28/12/00 e s.m.i., viene resa la seguente dichiarazione “La marca da bollo di € 16,00, recante il numero identificativo \_\_\_\_\_\_\_\_\_, apposta sulla istanza trasmessa per l’inclusione nella graduatoria per la branca di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ da valere per l’anno 2019, è stata opportunamente annullata sovrascrivendo sulla stessa la data dell’istanza in modo da non poter essere utilizzata per nessun altro e successivo diverso impiego”.
* 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.
* Non verrà presa in considerazione la domanda con la quale viene chiesta, contemporaneamente, l’inclusione nelle graduatorie per due o più branche specialistiche.
* Ai fini della formulazione delle graduatorie di cui all’art.17 dell’ACN 17/12/2015, i criteri di valutazione sono esclusivamente quelli specificati nell’allegato 1 del medesimo ACN. In particolare, tra i titoli accademici verranno valutati, con l’attribuzione dei punteggi previsti: il voto di laurea, le specializzazioni, il voto di specializzazione (una sola volta); tra i titoli professionali verranno valutati, con l’attribuzione del punteggio previsto: le sostituzioni, gli incarichi provvisori e a tempo determinato effettuati, presso le Aziende Sanitarie e le altre Istituzioni pubbliche che applicano le norme dell’ACN della specialistica (INPS, INAIL, Ministero della Difesa, SASN), nel periodo dal 02/10/2000 al 31 dicembre 2018 e nella branca specialistica per la quale si chiede l’inclusione nella relativa graduatoria.
* L’autocertificazione informativa (Allegato B dell’ACN) per l’accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità dovrà essere presentata unitamente alla comunicazione di disponibilità all’accettazione dell’incarico.