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

ai sensi dell’art. 19 dell’ACN del 31 marzo 2020 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 Provinciale 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 **2023** 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 del 31 marzo 2020.

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 nella branca specialistica di cui alla presente istanza ( art. 19 comma 6 del vigente A.C.N.)
* ⎕ 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 2021– non è oggetto di valutazione il servizio svolto a tempo indeterminato che, pertanto, non deve essere inserito)**:

 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 e dell’art. 14 del Reg. UE 2016/679 e del d.lgs 101/18:

“ Dichiara di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati in conformità al Reg. UE 2016/679 e al D.lgs 101/18 dall’ASP di Agrigento, esclusivamente ai fini del presente procedimento. I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati , usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall’ASP di Agrigento, nei casi previsti, l’accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento ( artt. 15 e ss. del Regolamento)

L’apposita istanza all’ASP di Agrigento va presentata contattando il DPO ASP Agrigento ai seguenti indirizzi di posta elettronica: dpo@pec.aspag.it dpo@aspag.it

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall’art.77 del Regolamento stesso o di adire le opportune sedi giudiziarie ( Art. 79 del Regolamento).

**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 2022 ed entro e non oltre il 31 Gennaio 2022.
* 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 o trasmessa a mezzo PEC, il cui indirizzo è protocollo@pec.aspag.it, 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 2023, 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.

L’unico servizio valutabile è quello prestato, ai sensi dell’ACN dell’Area della specialistica ambulatoriale interna, in qualità di sostituto o incaricato a tempo determinato. Il servizio prestato quale specialista ambulatoriale interno, a tempo indeterminato, non può essere valutato e, pertanto, non deve essere indicato nella domanda.

* 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. 19 dell’ACN del 31 marzo 2020, 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 2021 e nella branca specialistica per la quale si chiede l’inclusione nella relativa graduatoria. Non sono valutabili curricula, corsi di formazione, master, dottorati………..
* 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.