

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA Anno 2025

Specialisti Ambulatoriali Interni e Veterinari

Art. 19 dell'Accordo Collettivo Nazionale del 31 marzo 2020 per la disciplina dei rapporti con gli Specialisti Ambulatoriali interni, Veterinari ed altre Professionalità Sanitarie Ambulatoriali

Primo inserimento

Aggiornamento

Marca da bollo

**All'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento
Comitato Zonale Specialistica Ambulatoriale
Viale Della Vittoria, 321
92100 Agrigento
protocollo@pec.aspag.it**

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____, nato/a il _____

a _____ (Prov. _____) M_ F_

C.F. _____ Comune di residenza _____

(Prov. _____) Indirizzo _____ n. _____ Cap _____

Telefono _____ E-mail _____

PEC _____

CHIEDE DI ESSERE INCLUSO/A NELLA GRADUATORIA DEI:

MEDICI SPECIALISTI E ODONTOIATRI: BRANCA DI _____

MEDICI VETERINARI:

BRANCA Sanità Animale (AREA A)

BRANCA Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (AREA B)

BRANCA Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (AREA C)

(Presentare una domanda per ogni singola branca e/o area)

A valere per l'anno **2025** relativamente all'ambito zonale di Agrigento nel cui territorio intende ottenere l'incarico.

A tal 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 _____

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/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
 - 2)conseguita il...../...../..... presso l'Università di..... con voto..... senza lode con lode
 - 3)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 2023. Non è oggetto di valutazione il servizio svolto a tempo indeterminato che, pertanto, non deve essere inserito):**

Branca specialistica	Azienda	Distretto	nr. ore complessive	dal	al
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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 presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità** (art. 38 del D.P.R. n. 445/2000)

INFORMAZIONI

- La domanda, previo assolvimento, degli obblighi di pagamento del bollo, dovrà essere inviata, tassativamente, pena l'esclusione, dal **01 gennaio 2024 al 31 gennaio 2024**, esclusivamente con modalità telematica, al competente ufficio dell'Azienda, sede del Comitato Zonale, al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata: **protocollo@pec.aspag.it**
- La domanda deve essere completata con 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 2025, 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 cui 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 2023 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.

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)