

ALLEGATO B
PARTE PRIMA

IN BOLLO

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.

ALLEGATO B
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.