



ALLEGATO A

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA: Specialisti Ambulatoriali, Veterinari e altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi)

art. 17 dell'Accordo Collettivo Nazionale del 17.12.2015 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, i veterinari e le altre professionalità (biologi, chimici, psicologi)

Termine invio 31 gennaio 2018

Primo Inserimento

Aggiornamento

PEC: prot.gen.asl.vt.it@legalmail.it

AL COMITATO CONSULTIVO ZONALE DI VITERBO

Via E. Fermi 15

01100 Viterbo

Il sottoscritto Dott....., nato a.....(prov.....)
il..... M F Codice Fiscale.....
Comune di residenza.....(prov.....) Cellulare.....
Indirizzo.....n.....Cap.....
PEC.....e-mail.....

Chiede di essere incluso nella graduatoria dei

- medici specialisti ed odontoiatri:branca di.....
- medici veterinari (Area A o B o C):.....
- biologi
- chimici
- professionisti psicologi
- professionisti psicoterapeuti

* **n.b.** *inviare una domanda per ogni singola graduatoria di branca nella quale si chiede l'inserimento*

a valere per l'anno **2019** (presentazione domanda gennaio 2018), relativa alla Provincia di **Viterbo** nel cui ambito territoriale intende ottenere incarico.

A tale fine acclude autocertificazione, relativa ai requisiti ed ai titoli valutabili ai fini della graduatoria.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

- la propria residenza
- il domicilio sotto indicato:

Comune.....Provincia.....indirizzo.....
n.....CAP.....

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 sottoscritto Dott..... nato a.....(prov.....)
il..... M F Codice Fiscale.....
Comune di residenza.....(prov.....)
Indirizzo..... n.....Cap.....

Dichiara, ai sensi e agli effetti dell'art 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

1. di essere cittadino italiano;
2. di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE (specificare.....)
3. di possedere il diploma di laurea (DL) di possedere la laurea specialistica (LS)
della classe corrispondente in.....(medicina e chirurgia
– odontoiatria e protesi dentaria – medicina veterinaria – biologia – chimica – psicologia):
 - diploma di laurea con voto...../110 con lode, conseguito presso l'Università di
..... in data...../...../.....
 - laurea specialistica/magistrale con voto...../110 con lode conseguita presso l'Università di
..... in data...../...../.....
4. di essere abilitato all'esercizio della professione di.....(medico chirurgo
- odontoiatra - medico veterinario – biologo – chimico - psicologo) nella sessione..... presso
l'Università di.....
5. di essere iscritto all'Albo professionale.....(dei medici chirurghi - degli
odontoiatri - dei veterinari - dei biologi - dei chimici - degli psicologi) presso l'Ordine provinciale /regionale
di..... dal.....
6. di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in :
 -conseguita il...../...../.....
presso l'Università di..... con voto...../..... con lode
 -conseguita il...../...../.....
presso l'Università di..... con voto...../..... con lode
 -conseguita il...../...../.....
presso l'Università di..... con voto...../..... con lode
 -conseguita il...../...../.....
presso l'Università di..... con voto...../..... con lode
7. di essere in possesso del titolo di:
(n.b. il titolo di specializzazione in psicoterapia, riconosciuto ai sensi degli articoli 3 e 35 della legge n. 56 del 18 febbraio 1983 come equipollente alle scuole di specializzazione universitaria, deve intendersi valido in riferimento allo psicologo per la disciplina di psicologia ed al medico o allo psicologo per la disciplina di psicoterapia)
 - Psicoterapia riconosciuta art. 35 legge 56/89 autorizzazione dall' Ordine degli Psicologi della Regione
..... il.....
 - Psicoterapia conseguita ai sensi dell' art. 3 legge 56/89 il con voto...../..... lode
presso.....
8. di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto
15 ottobre 1976 del Ministero del lavoro e della previdenza sociale;
9. di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;
10. di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista
sanitario con massimale orario pari a 38 ore settimanali;

11. di avere svolto la seguente attività professionale nella branca o area professionale, come sostituto, incarico provvisorio e a tempo determinato a favore di Aziende sanitarie ed altre Istituzioni pubbliche che applicano le norme del presente Accordo del 17.12.2015 e precedenti (INPS, INAIL, Ministero della Difesa, SASN, ecc):

* n.b (non è valutabile il servizio effettuato precedentemente al 2 ottobre 2000)

* n.b (non riportare rapporti di lavoro come dipendente, co.co.co ed incarichi libero professionali)

Branca o area professionale	presso	totale ore	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.

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 **2018** 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 sul Bollettino Ufficiale della Regione e sul sito istituzionale di ciascuna Azienda della Regione Lazio.
- 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 l'Azienda Sanitaria di Viterbo

INFORMATIVA

- La domanda, in bollo, deve essere spedita a mezzo raccomandata A/R o consegnata a mano o trasmessa con modalità telematica (se definita dalla Regione), al competente ufficio dell'Azienda sede del Comitato Zonale, ovvero al competente ufficio dell'Azienda individuata dalla Regione, entro e non oltre il 31 Gennaio di ciascun anno;
- La domanda deve essere accompagnata dalla fotocopia non autenticata di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore ed inoltrata entro e non oltre il 31 gennaio di ciascun anno a mezzo raccomandata A.R., tramite PEC o mediante consegna diretta all'ufficio protocollo dell'Azienda ASL di Viterbo.
- 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.
- 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.

Data.....Firma per esteso