DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA ANNO 2019
Specialisti Ambulatoriali, Veterinari

art. 17 dell'Accordo Collettivo Nazionale 17 dicembre 2015
per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, i veterinari

Primo inserimento

Aggiornamento

Marca da
bollo come da
norme vigenti
€ 16,00

AL COMITATO CONSULTIVO ZONALE
ASP CT
VIA S. MARIA LA GRANDE 5
95124 CATANIA

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____, nato/a il _____
a _____ (Prov. _____) M F
Codice Fiscale _____
Comune di residenza _____ (Prov. _____)
Indirizzo Via/Piazza/Corso _____ n. _____ Cap _____
Telefono _____
P.E.C. _____ e-mail _____

CHIEDE DI ESSERE INCLUSO NELLA GRADUATORIA DEI:

MEDICI SPECIALISTI ED 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)

PSICOTERAPEUTI

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

a valere per l'anno **2019** relativamente all'ambito zonale di **CATANIA** nel cui territorio intende ottenere l'incarico.

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 _____

**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/La sottoscritto/a....., nato/a a.....

(prov.....) il.....M__F__Codice Fiscale.....

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

Indirizzon.....Cap.....

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/a italiano/a;
- di essere cittadino/a di altro Paese appartenente alla U.E.

(specificare).....

di possedere il diploma di laurea (DL); la laurea specialistica (LS) della classe
corrispondente in

(medicina e chirurgia - odontoiatria e protesi dentaria - medicina veterinaria):

➤ 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
l'Università di..... in data...../...../.....;

di essere abilitato/a all'esercizio della professione di.....

(medico chirurgo – odontoiatra - medico veterinario) nella sessione.....
presso l'Università di.....;

di essere iscritto/a all'Albo professionale dei/degli..... (medici
chirurghi - odontoiatri - veterinari) presso l'Ordine provinciale /regionale/nazionale
di..... dal.....

di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:

in..... conseguita il...../...../.....
presso l'Università di..... con voto..... senza lode con lode

in..... conseguita il...../...../..... presso
l'Università di..... con voto..... senza lode con lode

in..... 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, veterinario o professionista sanitario con massimale orario pari a 38 ore settimanali;
- di avere svolto la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, come sostituto, incaricato provvisorio o incaricato a tempo determinato **(devono essere indicati gli incarichi di dipendenza o le sostituzioni di dipendenza, né le borse di studio, né le consulenze svolte come libera professione, ma solo le convenzioni ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale Specialisti Ambulatoriali Interni).**
(indicare il servizio svolto fino al 31 dicembre dell'anno precedente):

Per coloro che hanno già presentato domande negli anni precedenti si segnala che si terrà conto di quanto già dichiarato con l'ultima domanda presentata

DICHIARA DI AVERE SVOLTO

- nell'area di **Medicina Specialistica** branca di: _____
- nell'area **Professionisti**: **Psicoterapeuti**
- nell'area di **Medicina Veterinaria**:
 - 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)**

N.B. Per l'attività svolta, indicare con precisione l'Amministrazione competente, indirizzo completo e telefono, elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni utili ad accertare la veridicità delle dichiarazioni prodotte (art. 43, comma 1, D.P.R. n. 445 del 28/12/2000).
Inserire unicamente l'attività relativa all'area o branca per la quale si presenta la domanda.

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 GURS e sul sito istituzionale dell'ASP di Catania*
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. *Il Titolare del trattamento dei dati è l'ASP di Catania.*

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 Consultivo Zonale, ovvero al competente ufficio dell'Azienda individuata dalla Regione, entro e non oltre il 31 Gennaio di ciascun anno;**
- 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.
- **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'autocertificazione informativa (Allegato B) per l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità dovrà essere presentata unitamente alla comunicazione di disponibilità alla accettazione dell'incarico.