



ANCONA

MARCHE

U.O.C. D. A. T. e Medicina Convenzionata

Prot. n. 39514/01/03/2024/AST-AN/ANZDAFMC/P

**AVVISO DI PUBBLICAZIONE ORE DI SPECIALISTICA  
AMBULATORIALE VACANTI (Art. 20 ACN 31/03/2020 e ss.mm.ii.)  
PERIODO 1-15 MARZO 2024**

In relazione alle comunicazioni pervenute dai Distretti di Senigallia, Jesi, Fabriano, Ancona ed in conformità a quanto stabilito dall'art. 20 ACN/2020 e ss.mm.ii, questa AST pubblica le ore vacanti di specialistica ambulatoriale, medicina veterinaria e altre professionalità sanitarie, allegati al presente avviso.

L'attribuzione delle ore di incarico a tempo indeterminato è riservata alle categorie di cui all'art. 21 comma 2 dell' ACN 2020 e ss.mm.ii., dalla lettera a alla lettera j, tenuto conto dei vincoli di prelazione e dei criteri di graduazione previsti dal successivo comma 3.

L'attribuzione delle ore di incarico a tempo determinato è riservata, invece, alle categorie di cui all'art. 22.

L'assegnazione delle ore di incarico a tempo indeterminato e a tempo determinato, verrà effettuata tenuto conto di quanto stabilito dall'art. 27 ACN/2020 e ss.mm.ii..

Le eventuali situazioni di incompatibilità che dovessero manifestarsi a carico dello specialista, dovranno essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso (Art. 27 c. 2).

Qualora gli aspiranti svolgano invece altri incarichi valutati compatibili e per i quali l' impegno orario settimanale - sommato alle ore d'incarico richieste - superi il massimale orario consentito di cui all' art. 28 ACN 2020 e ss.mm.ii., nella domanda dovrà essere specificata l'attività che si dichiara voler interrompere o le ore di incarico che si è disponibili a ridurre.

I medici interessati dovranno inviare la domanda - **specificando, in ordine di preferenza, le ore di incarico alle quali sono interessati - dal 01 al 15 MARZO 2024** - a mezzo Raccomandata A/R o Posta Elettronica Certificata, indirizzata a:

- **AST di ANCONA - U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE Medicina Convenzionata - Via C. Colombo, 106 (ex CRASS) - 60127 ANCONA** (il rispetto del termine dovrà risultare esclusivamente dal timbro postale applicato sulla raccomandata);
- **PEC: ast.ancona@emarche.it**

Si raccomanda di utilizzare lo schema di domanda allegato poiché eventuali dichiarazioni di disponibilità presentate tramite modello non conforme a quello indicato, non verranno prese in considerazione.

Si raccomanda inoltre (nel caso si utilizzi la Pec) di inserire il seguente oggetto al momento dell' invio: "MSA - PUBBLICAZIONI ORE VACANTI - mese /anno - BRANCA..... - NOME e COGNOME".

Si ricorda che, al termine della scadenza per la presentazione della domanda, verrà pubblicata sul sito ASUR - MEDICINA CONVENZIONATA - AREA VASTA 2, una graduatoria provvisoria che sarà utile ai fini della presentazione di eventuali osservazioni, da avanzare entro il termine indicato nella stessa. Dopo l'esame delle istanze pervenute, si procederà alla pubblicazione della graduatoria definitiva.

Entro i 20 giorni successivi alla scadenza del termine per la presentazione delle istanze, sarà cura dell'Azienda sede del Comitato Zonale di riferimento, procedere a contattare (tramite PEC) il primo nominativo collocato utilmente nella suddetta graduatoria, ai fini dell'eventuale formalizzazione dell'incarico.

La Responsabile del Procedimento  
Dott.ssa Vanessa Cartuccia

La Dirigente Responsabile  
Dott.ssa Marinella Cardinaletti

N.B: il documento si compone di n. 2 allegati:

Allegato n. 1: modulo da compilare per manifestare disponibilità all'assegnazione di ORE DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE VACANTI per l'assegnazione A TEMPO INDETERMINATO;

Allegato n. 2: modulo da compilare per manifestare disponibilità all'assegnazione di ORE DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE VACANTI per l'assegnazione A TEMPO DETERMINATO.

Per info, contattare: specialisticaamban.av2@sanita.marche.it



**ANCONA**

MARCHE

U.O.C. D. A. T. e Medicina Convenzionata

**PERIODO 1-15 MARZO 2024**

**Dichiarazione di disponibilità da inviare mezzo PEC o Raccomandata A.R.**

**ORE DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE VACANTI**

**per l'assegnazione A TEMPO INDETERMINATO**

**(art. 20-21 ACN/2020 e ss.mm.ii.)**

Branca di <b>Neuropsichiatria Infantile</b>	n. <b>54</b> ore sett.li così suddivise: <ul style="list-style-type: none"><li>• n. 17 ore sett.li presso Distretto di <b>Jesi</b>;</li><li>• n. 9 ore sett.li presso <b>Osimo</b> - Distretto di Ancona;</li><li>• n. 9 ore sett.li presso <b>Castelfidardo</b> - Distretto di Ancona;</li><li>• n. 6 ore sett.li presso <b>Chiaravalle</b> - Distretto di Ancona</li><li>• n. 13 ore sett.li presso il consultorio del <b>Poliambulatorio 2000</b> di Ancona;</li></ul>
Branca di <b>Odontoiatria</b>	n. <b>40</b> ore sett.li così suddivise: <ul style="list-style-type: none"><li>• n. 3 ore sett.li presso la sede di <b>Osimo</b> - Distretto di Ancona</li><li>• n. 17 ore sett.li presso la sede di <b>Falconara</b> - Distretto di Ancona</li><li>• n. 8 ore sett.li nella Casa Circondariale di <b>Montacuto</b>- Distretto di Ancona;</li><li>• n. 2 ore sett.li nella Casa di Reclusione di <b>Barcaglione</b>- Distretto di Ancona;</li><li>• n. 10 ore sett.li presso la sede di <b>Fabriano</b>- Distretto di Fabriano;</li></ul>
Branca di <b>Cardiologia</b>	n. <b>4</b> ore sett.li così suddivise: <ul style="list-style-type: none"><li>• n. 3 ore sett.li presso la <b>CC Montacuto</b> Distretto di Ancona;</li><li>• n. 1 ora sett.le presso la <b>CR Barcaglione</b> Distretto di Ancona;</li></ul>
Branca di <b>Medicina dello Sport</b> Distretto di Ancona	n. <b>13 ore 30'</b> sett.li così suddivise: <ul style="list-style-type: none"><li>• n. 5 ore sett.li presso <b>Osimo</b>;</li><li>• n. 3 ore sett.li presso <b>Camerano</b>;</li><li>• n. 5 ore 30' sett.li presso <b>Loreto</b>;</li></ul>
Branca di <b>Pneumologia</b>	n. <b>26</b> ore sett.li così suddivise: <ul style="list-style-type: none"><li>• n. 17 ore sett.li presso il Distretto di <b>Fabriano</b>;</li><li>• n. 6 ore sett.li presso Poliambulatorio di <b>Osimo</b> - Distretto di Ancona</li><li>• n. 3 ore sett.li presso Poliambulatorio di <b>Falconara</b> - Distretto di Ancona</li></ul>
Branca di <b>Ortopedia</b>	n. <b>14 ore 30'</b> sett.li così suddivise: <ul style="list-style-type: none"><li>• n. 2 ore 30' ore settimanali - sede di <b>Cupramontana</b>- Distretto di Jesi;</li><li>• n. 3 ore settimanali - sede di <b>Montecarotto</b> Distretto di Jesi;</li><li>• n. 9 ore sett.li presso Poliambulatorio Specialistico di <b>Sassoferrato</b>-Distretto di Fabriano;</li></ul>
Branca di <b>Diabetologia</b>	n. <b>28</b> ore sett.li presso il Distretto di <b>Fabriano</b>
Branca di <b>Radiologia</b>	n. <b>16</b> ore sett.li, così suddivise <ul style="list-style-type: none"><li>• n. 6 ore presso sede di <b>Cingoli</b> - Distretto di Jesi;</li><li>• n. 10 ore sett.li presso Casa di Comunità di <b>Fabriano</b>-Distretto di Fabriano;</li></ul>
Branca di <b>Medicina Veterinaria – Area Igiene degli Alimenti di Origine Animale</b>	n. <b>5</b> ore sett.li nel territorio di <b>AST ANCONA</b> ;



ANCONA

MARCHE

U.O.C. D. A. T. e Medicina Convenzionata

**ORE DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE**  
**per l'assegnazione A TEMPO DETERMINATO**  
**(art. 20-22 ACN/2021)**

**Branca di Cardiologia**

Il presente incarico è stato attivato su richiesta del Direttore amministrativo di presidio INRCA di Ancona, Fermo, Appignano, Osimo (prot. 0033937/22/02/2024|AST-AN|AFFGEN|A) per far fronte ad un incremento temporaneo dell'attività, finalizzato al raggiungimento degli obiettivi regionali di governo delle liste di attesa.

n. **1 incarico** da 6 mesi da n. **15** ore sett.li, da svolgere presso i presidi INRCA di Ancona e Osimo;



ANCONA

MARCHE

U.O.C. D. A. T. e Medicina Convenzionata

Allegato n. 1

Racc. A.R. o PEC all'

U.O.C. DAT - MEDICINA CONVENZIONATA AST di Ancona  
Via C. Colombo 106 (ex CRASS)

60127 **ANCONA**

## Dichiarazione di disponibilità per l'assegnazione delle ore vacanti a tempo indeterminato

(art. 21 ACN/2020 e ss.mm.ii.)

**PERIODO 1-15 MARZO 2024**

Il/La sottoscritto/a Dott.(ssa) \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ CAP  
\_\_\_\_\_, in Via \_\_\_\_\_, cell. \_\_\_\_\_, tel. fisso  
\_\_\_\_\_, specialista nella branca di \_\_\_\_\_, data laurea \_\_\_\_\_ data di  
specializzazione \_\_\_\_\_, indirizzo mail \_\_\_\_\_,  
Pec \_\_\_\_\_;

### Dichiara

**la propria disponibilità al conferimento di incarico a tempo indeterminato** per le ore di  
incarico di seguito indicate e pubblicate nel periodo 1-15 MARZO 2024:

- a) n. ore \_\_\_\_\_ branca di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ ;  
b) n. ore \_\_\_\_\_ branca di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ ;  
c) n. ore \_\_\_\_\_ branca di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ ;  
d) n. ore \_\_\_\_\_ branca di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ ;  
e) n. ore \_\_\_\_\_ branca di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ ;  
f) n. ore \_\_\_\_\_ branca di \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ .

**N.B:** le lettere rappresentano l'ordine di preferenza in caso di assegnazione

E, dal momento che svolge altre ore di incarico\* che sommate a quelle richieste superano il  
massimale orario consentito, DICHIARA che intende rinunciare a n. \_\_\_\_\_ ore sett.li di  
incarico espletato presso \_\_\_\_\_.

Comunica, inoltre, che attualmente presta servizio\* presso la struttura  
\_\_\_\_\_.

\* come servizio, che deve essere espressamente dichiarato, si fa riferimento a tutti i tipi di  
incarico in regime di dipendenza e di convenzione (inclusi gli incarichi di sostituzione, a  
tempo determinato e provvisori).

**N.B.: i punti di prelazione sotto riportati sono quelli di cui all'art. 21 dell' ACN  
vigente per la Specialistica Ambulatoriale, Medicina Veterinaria e le altre  
Professioni Sanitarie. L' ordine degli stessi costituisce vincolo di prelazione. Lo  
specialista, nonostante possa collocarsi in più punti dell'ordine, deve  
obbligatoriamente sceglierne uno, presumibilmente il più fedele al proprio status  
giuridico. (Cfr. Nota Sisac prot. 396/2021)**



ANCONA

MARCHE

U.O.C. D. A. T. e Medicina Convenzionata

**DICHIARA altresì di essere:**

- titolare di incarico a tempo indeterminato nell' AST di Ancona - Distretto di \_\_\_\_\_, per n. ore \_\_\_\_\_, o titolare di incarico a tempo indeterminato presso la sede INAIL di Ancona e SASN di Ancona, per n. ore \_\_\_\_\_, con anzianità d'incarico dal \_\_\_\_\_ (Art. 21, comma 2, lett.a);
- titolare di incarico a tempo indeterminato nell' AST di \_\_\_\_\_ della Regione Marche o nella ASL di \_\_\_\_\_ della Regione confinante \_\_\_\_\_, per n. ore \_\_\_\_\_, con anzianità di incarico dal \_\_\_\_\_ o titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali INAIL e SASN ubicate nell'ambito zonale dell'AST di \_\_\_\_\_ della Regione o di altra Regione confinante per n. ore \_\_\_\_\_, con anzianità d'incarico dal \_\_\_\_\_ (Art. 21, comma 2, lett.b);
- titolare di incarico a tempo indeterminato nella ASL o nella sede provinciale INAIL/SASN di \_\_\_\_\_ della Regione non confinante \_\_\_\_\_, per n. ore \_\_\_\_\_, con anzianità d'incarico dal \_\_\_\_\_ che faccia richiesta di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità (Art. 21, comma 2, lett. c);
- titolare di incarichi a tempo indeterminato in branche diverse \_\_\_\_\_, che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dal presente accordo presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ per n. ore \_\_\_\_\_, e chiede di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore di incarico (Art. 21, comma 2, lett. d);
- titolare di incarico a tempo indeterminato che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dall' ACN/2020 e ss.mm.ii., nella branca di \_\_\_\_\_ per n. ore \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ e chiede il passaggio in altra branca della quale è in possesso del titolo di specializzazione (Art. 21, comma 2, lett. e);
- titolare di incarico a tempo indeterminato nell' AST di Ancona che svolga la seguente attività compatibile \_\_\_\_\_ e nel rispetto del massimale orario (Art. 21, comma 2, lett. f);
- titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa \_\_\_\_\_ per n. ore \_\_\_\_\_ limitatamente a coloro a cui si applica l'ACN/2020 e ss.mm.ii. (Art. 21, comma 2, lett. g);
- specialista iscritto nella graduatoria vigente dei Medici, Veterinari e Psicologi-Psicoterapeuti, Specialisti Ambulatoriali dell' AST di Ancona, per la branca di \_\_\_\_\_ nella posizione n. \_\_\_\_\_ (Art. 21, comma 2, lett. h, l' accettazione dell'incarico comporta la cancellazione dalla graduatoria valida per l' anno in corso);
- specialista in possesso dei requisiti di cui all' art.19 ACN/2020 e ss.mm.ii. ma non ancora iscritto nella graduatoria vigente (art.21, comma 2, lett. i).  
Dichiara, a tal fine:
  1. di essere iscritto all' Albo..... n. ....;
  2. di aver conseguito la specializzazione in ..... in data .....
- titolare di incarico a tempo indeterminato in qualità di (Art. 21, comma 2, lett. j):
  - o medico di medicina generale presso \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_;
  - o medico specialista pediatra di libera scelta presso \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_;
  - o medico dipendente del SSN presso \_\_\_\_\_, dal \_\_\_\_\_;  
disponibile a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro.



**ANCONA**

MARCHE

*U.O.C. D. A. T. e Medicina Convenzionata*

Consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o di produzione di atti falsi o contraffatti è perseguibile personalmente, come prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000, dichiara che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero.

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma)

**Allega alla presente copia di un valido documento di identità e copia  
INTERAMENTE compilata e firmata dell'Allegato B.**



ANCONA

MARCHE

U.O.C. D. A. T. e Medicina Convenzionata

Allegato n. 2

Racc. A.R. o PEC all'

U.O.C. DAT - MEDICINA CONVENZIONATA Ast di Ancona  
Via C. Colombo 106 (ex CRASS)

60127 **ANCONA**

## Dichiarazione disponibilità ore a tempo determinato

(art. 22 ACN/2021)

**PERIODO 1-15 MARZO 2024**

Il/La sottoscritto/a Dott.(ssa) \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ CAP  
\_\_\_\_\_, in Via \_\_\_\_\_, cell. \_\_\_\_\_, tel. fisso  
\_\_\_\_\_, specialista nella branca di \_\_\_\_\_, data laurea \_\_\_\_\_ data di  
specializzazione \_\_\_\_\_, indirizzo mail \_\_\_\_\_,  
Pec \_\_\_\_\_,

### Dichiara

**la propria disponibilità al conferimento di incarico a tempo determinato** per i turni di  
seguito indicati e pubblicati dall' AST di Ancona, nel periodo 1-15 MARZO 2024;

- a) n. ore \_\_\_\_\_ branca di \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_;
- b) n. ore \_\_\_\_\_ branca di \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_;
- c) n. ore \_\_\_\_\_ branca di \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_;
- d) n. ore \_\_\_\_\_ branca di \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_;
- e) n. ore \_\_\_\_\_ branca di \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_;
- f) n. ore \_\_\_\_\_ branca di \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_;

**N.B:** le lettere rappresentano l'ordine di preferenza in caso di assegnazione

A tal fine dichiara di:

- essere iscritto/a nella graduatoria dei medici, veterinari, psicologi-psicoterapeuti, specialisti ambulatoriali dell' AST di Ancona vigente, Branca di \_\_\_\_\_, nella posizione n. \_\_\_\_\_ (Art. 22, Comma 2);
- non essere iscritto/a nella graduatoria dei medici, veterinari, psicologi-psicoterapeuti, specialisti ambulatoriali dell'Ast di Ancona vigente, Branca di \_\_\_\_\_, (Art22, comma 3);
- svolgere altri incarichi a tempo determinato e/o di sostituzione valutati compatibili con l'attività per cui si manifesta disponibilità, il cui impegno orario sett.le, sommato a quello richiesto, supera il massimale orario consentito, e perciò intende rinunciare a n. \_\_\_\_\_ ore sett.li di incarico espletato presso \_\_\_\_\_.

Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona

Sede Legale: Viale Cristoforo Colombo 106 - 60127 Ancona

C.F. e P.IVA 02938930423



**ANCONA**

MARCHE

*U.O.C. D. A. T. e Medicina Convenzionata*

Allega alla presente **copia di un valido documento di identità e copia INTERAMENTE compilata e firmata dell'Allegato B.**

Consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o di produzione di atti falsi o contraffatti è perseguibile personalmente, come prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000, dichiara che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero.

\_\_\_\_\_

(data)

\_\_\_\_\_

(firma)

**AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA**

Il sottoscritto....., nato a.....  
(prov.....)il.....M\_F\_\_Codice Fiscale.....  
Comune di residenza.....(prov.....)  
Indirizzo .....n.....Cap.....  
telefono.....  
PEC.....e-mail.....

ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R.

**DICHIARA**

1. di essere / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;
2. di 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.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
3. di esercitare /non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
4. di essere/ non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società, anche di fatto, che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
5. di svolgere/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;
6. di svolgere/non svolgere (1) attività pediatra di libera scelta;
7. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
8. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
9. di esercitare/non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale, che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e che si configuri un conflitto di interessi ( *in caso*

*affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività*\_\_\_\_\_);

10. di svolgere/non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;
11. di fruire/non fruire (1) 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;
12. di operare/non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. (*in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività*\_\_\_\_\_);
13. di 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-quinquies, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;
14. di essere/non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;
15. di fruire/non fruire (1) di trattamento di quiescenza;
16. di avere/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (*in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata*\_\_\_\_\_);
17. di essere/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei\_\_\_\_\_di\_\_\_\_\_.  
*In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo):*\_\_\_\_\_;
18. di avere/non avere (1) riportato condanne penali e di avere/non avere (1) procedimenti penali pendenti;
19. di percepire/non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale (*in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta*\_\_\_\_\_ *e la misura dell'indennità percepita*\_\_\_\_\_).

NOTE (3)

.....  
.....  
.....  
.....

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

\_\_\_\_\_

*(1) cancellare la parte che non interessa*

*(2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità*

*(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 al comitato di cui all'art. 18 dell'ACN, relative alle modificazioni intervenute nello stato professionale.**