

**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA: SPECIALISTI AMBULATORIALI,
VETERINARI E ALTRE PROFESSIONALITÀ (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI)
VALEVOLE PER L'ANNO 2023 PER L'AMBITO ZONALE DI ASCOLI PICENO**

ex art. 19 dell'Accordo Collettivo Nazionale 31 marzo 2020 e s.m.i per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, i veterinari e le altre professionalità (biologi, chimici, psicologi)

LA PRESENTE DOMANDA E' VALIDA PER L'INCLUSIONE IN UNA SINGOLA BRANCA

Nel caso l'interessato sia in possesso di due o più titoli di specializzazione che consentano l'inclusione in più graduatorie, occorre presentare specifiche domande separate.

PRIMO INSERIMENTO

AGGIORNAMENTO

MARCA DA BOLLO VIGENTE € 16,00

RACCOMANDATA AR **COMITATO ZONALE**
Provincia di Ascoli Piceno
Asur Marche Area Vasta 5
Via degli Iris, 1
63100 ASCOLI PICENO
Pec . areavasta5.asur@emarche.it

(si prega di compilare la domanda in stampatello)

Il sottoscritto....., nato a.....
(prov.....) il.....M__F__ Codice Fiscale.....
Comune di residenza.....(prov.....)
Indirizzon.....Cap.....
telefono.....(obbligatorio)
PEC.....email.....(obbligatoria)

chiede di essere incluso nella graduatoria dei:

- medici specialisti branca di.....
- odontoiatri (in possesso del diploma di specializzazione come previsto dall'art. 19, comma 4, lett. d), di cui all'Allegato 2 dell'ACN 31.03.2020 e s.m.i.)
- medici veterinari: area.....
- biologi
- chimici
- professionisti psicologi
- professionisti psicoterapeuti

A tale fine acclude autocertificazione, relativa al possesso dei requisiti e dei titoli valutabili per l'inserimento in graduatoria.

Chiede che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo (indicare solo se diverso dalla residenza):

.....

Data..... Firma per esteso.....

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO
ai sensi ed agli effetti degli artt. 46 e. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

Il sottoscritto....., nato 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 italiano;
- di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE, (specificare).....

di possedere la laurea magistrale a ciclo unico in conseguita presso l'Università di..... in data...../...../.....con voto/.....
senza lode con lode;

di possedere il diploma di laurea triennale in..... conseguito presso l'Università di..... in data...../...../..... con voto/.....
senza lode con lode;

di possedere il diploma laurea specialistica biennale in..... conseguita presso l'Università di..... in data...../...../..... con voto/.....
senza lode con lode;

di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di.....
(medico chirurgo – odontoiatra - medico veterinario - biologo - chimico - psicologo)
in data...../...../..... presso l'Università di.....;

di essere iscritto all'Albo professionale dei/degli..... (medici
chirurghi - odontoiatri - veterinari - biologi - chimici - psicologi) presso l'Ordine provinciale /regionale
di..... a decorrere dalla data/...../.....

di essere in possesso dei seguenti diplomi di specializzazione 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

1) conseguita il...../...../.....

presso l'Università di..... con voto...../..... senza lode con lode

di essere in possesso del **titolo di**:

(nb. Per gli psicologi è titolo valido anche la psicoterapia riconosciuta ai sensi dell'art. 3 e 35 della legge n. 56/89) come di seguito dichiarato:

-PSICOTERAPIA **ex art. 35 legge 56/89** autorizzazione dall'Ordine degli Psicologi della Regione.....il/...../.....

-PSICOTERAPIA **ex art. 3 legge 56/89** il/...../ con voto...../..... senza lode con lode;

presso l'Istituto riconosciuto:.....di(prov.....) Via.....n..... tel.....

di avere svolto la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, **in qualità di specialista/professionista ambulatoriale sostituto, incaricato provvisorio o a tempo determinato**- indicare il servizio svolto fino al 31 dicembre dell'anno precedente- (dopo il conseguimento del titolo valido per l'inclusione nella graduatoria) a favore di aziende sanitarie ed altre istituzioni pubbliche (Inps, Inail, Ministero della Difesa, SANS, ecc) **che applicano le norme del Vigente Accordo Collettivo nazionale o degli ACN per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali succedutesi nel tempo** – non è valutabile il servizio effettuato precedentemente al 2 ottobre 2000.

NB: non indicare attività svolta ad altro titolo, es. con rapporto di dipendenza (anche se a tempo determinato) presso strutture pubbliche, private e/o accreditate o contratto libero professionale, consulenze, co.co.co, ..

BRANCA SPEC/AREA PROF.LE	AZIENDA/ENTE	ORE SETTIMANALI	ORE TOTALI espresse in sessantesimi	DAL	AL

Riscontro totale generale annuo AA.UU.SS.LL e/o Enti:

ANNO	Ore totali	ANNO	Ore totali	ANNO	Ore totali
2000		2007		2014	
2001		2008		2015	
2002		2009		2016	
2003		2010		2017	
2004		2011		2018	
2005		2012		2019	
2006		2013		2020	

TOTALE COMPLESSIVO N. ORE.....

In caso di attività svolta in altra Regione, indicare con precisione l'amministrazione competente, indirizzo completo e telefono, elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni utili ad accertare la veridicità della dichiarazione prodotta (art. 43 DPR 445/2000). In caso di dichiarazione non completa o non comprensibile l'attività non sarà valutata.

ASL _____ via _____ n. _____ CAP _____ Comune _____ (_____)tel. _____
ASL _____ via _____ n. _____ CAP _____ Comune _____ (_____)tel. _____
ASL _____ via _____ n. _____ CAP _____ Comune _____ (_____)tel. _____

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 nella medesima area o branca;**

-di avere/non avere(1) subito **provvedimenti disciplinari** da parte delle Competenti Commissioni di Disciplina previste dall'attuale o 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.....;

(1) cancellare la parte che non interessa

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

Allega fotocopia non autenticata di un documento di identità (fronte e retro) in corso di validità.

IL SOTTOSCRITTO

PRESTA

libero, consapevole, informato e specifico consenso al trattamento, anche mediante strumenti informatici e/o telematici e anche attraverso la pubblicazione sul sito interno aziendale, dei dati personali, dei recapiti telefonici e indirizzi e-mail dichiarati, al fine di fornire alle strutture interne all'azienda eventuali contatti per i dovuti adempimenti amministrativi e per tutte le altre attività connesse al conferimento di incarichi di specialistica ambulatoriale, anche di sostituzione, compresa la comunicazione dei dati nelle forme e nei modi indicati nell'informativa sotto riportata.

INFORMAZIONI RESE ALL'INTERESSATO SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento del Parlamento Europeo e del Consiglio n° 679 del 27 aprile 2016, La informiamo che i dati personali che La riguardano, riportati nella "Domanda di inclusione nella graduatoria 2023" e nella "Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio" saranno trattati per le sole finalità amministrative concernenti l'espletamento della formazione della graduatoria valida per l'anno 2023.

Il trattamento avverrà in modalità cartacea ed informatica, riguarderà dati comuni, cioè non "particolari, e il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, in caso di rifiuto l'Azienda non sarebbe in grado di dar seguito all'inserimento della S.V. nella graduatoria di cui si tratta.

I dati personali (esclusivamente nome cognome e posizione in graduatoria) saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione e sul sito istituzionale dell'ASUR MARCHE. Sul sito aziendale interno, per le finalità sopra richiamate, saranno pubblicati oltre che il nome e cognome e la posizione in graduatoria anche i recapiti telefonici, indirizzi mail e pec dalla S.V. dichiarati nella presente domanda.

In particolare il Suo numero di telefono ed il Suo indirizzo e-mail potranno essere resi disponibili dalla Unità Operativa competente alle strutture aziendali interne che avessero necessità di contattarLa per le finalità strettamente indispensabili al corretto svolgimento della pratica.

Responsabile del trattamento è Il Direttore della UOC Direzione Amministrativa Territoriale Area Vasta 5

Il Responsabile per la Protezione dei dati dell'Area Vasta 5 è contattabile all'indirizzo: antonio.delduca@sanita.marche.it.

Sui Suoi dati personali Lei potrà esercitare i diritti riconosciutigli dagli artt. da 15 a 22 del summenzionato Regolamento Europeo sulla Privacy.

Con la firma in calce alla presente Lei dichiara anche di accettare l'utilizzo dei Suoi dati personali con le modalità esposte nelle presenti Informazioni.

Data.....Firma per esteso

ASSOLVIMENTO DELL'IMPOSTA DI BOLLO

DICHIARAZIONE

Ex Art. 46 e 47 DPR 445/2000

Il sottoscritto _____, nato a _____
(prov. _____) il _____ M_ F_ Codice Fiscale _____
Residente a _____ (prov. _____)
Via _____ n. _____ Cap _____ telefono _____
Indirizzo mail/PEC _____

relativamente al procedimento telematico allegato alla presente dichiarazione per:

essendo obbligatorio indicare la modalità di assolvimento dell'imposta di bollo, avvalendosi della facoltà prevista dall'art. 3 del Decreto Interministeriale 10/11/2011, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 e dall'art 483 del CP nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

Dichiara

- Che l'imposta di bollo è stata assolta in modo virtuale tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo da 16€ sull'originale cartaceo della domanda e che la marca da bollo ha il seguente n. seriale identificativo:

- Che la marca da bollo indicata è destinata **esclusivamente alla presentazione della presente istanza e** non sarà utilizzata per qualsiasi altro adempimento.

- Di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sugli atti presentati e pertanto si impegna a conservare il presente documento ed a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

La presente dichiarazione deve essere firmata in forma autografa o digitale da chi la rende. Qualora la stessa sia firmata autografamente la dichiarazione deve essere accompagnata da copia di un documento di identità valido.

Data, _____

(firma)

Ogni comunicazione deve essere inoltrata a
ASUR-Area Vasta 5 ASCOLI PICENO – Via degli Iris n. 1 - 63100 Ascoli Piceno – tel 0736358837
PEC: areavasta5.asur@emarche.it

ATTENZIONE

MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

- La domanda in bollo deve essere spedita a mezzo raccomandata a/r, o via pec . all'indirizzo **areavasta5.asur@emarche.it** (allegare anche dichiarazione assolvimento del bollo) **con specifica indicazione nell'oggetto della branca di inclusione e del cognome e nome** o consegnata a mano all'ufficio protocollo dell'Asur Marche Area Vasta 5 , Via degli Iris, 1 63100 Ascoli Piceno, tassativamente, pena esclusione, **dall' 01/01/2022 al il 31/01/2022;**
- per l'accoglimento della domanda farà fede il timbro postale o il timbro apposto sulla domanda dall'ufficio protocollo se consegnata a mano; la ricevuta rilasciata dall'ufficio postale o dall'azienda sanitaria, se consegnata a mano, saranno gli unici documenti validi da produrre in caso di smarrimento della domanda;
- **non allegare alla domanda documentazione normativamente non prevista per l'attribuzione del punteggio (pubblicazioni, corsi di aggiornamento,...);**
- **laddove i dati riportati nella domanda risultino incompleti, non saranno valutati.** L'autocertificazione dovrà pertanto indicare esattamente il numero delle ore di attività svolte annuali , il periodo di svolgimento e l'azienda/ente presso la quale è stata svolta l'attività con relativi recapiti telefonici e/o mail.

MOTIVI DI ESCLUSIONE

Costituiscono motivi di esclusione:

- La mancanza dei requisiti generali e specifici richiesti dall'ACN/2020 e s.m.i. per l'inserimento nelle singole graduatorie;
- La mancanza della firma nella domanda;
- La mancanza del documento di identità in corso di validità, trattandosi di un elemento costitutivo dell'autocertificazione.
- La presenza di dichiarazioni mendaci eventualmente riscontrate a seguito dei controlli effettuati dall'Amministrazione circa il contenuto delle dichiarazioni rilasciate anche in merito a servizi prestati a titolo diverso rispetto a contratti di Specialistica Ambulatoriale.
- Se inviata per pec la mancanza dell'allegato per annullamento del bollo.