



U. O. C. DISTRETTO DELLA SALUTE CITTA' DI MATERA
COMITATO CONSULTIVO ZONALE DI MATERA
MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI, MEDICI VETERINARI E ALTRE PROFESSIONALITA' SANITARIE
via Montescaglioso 75100 MATERA

Marca da Bollo di €16,00

Agenzia delle Entrate
18/02/2010 – prot. 954, 19608/2010

ALLEGATO A

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

Art. 19 dell'Accordo Collettivo Nazionale del 31 marzo 2020 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, i veterinari e le altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi)

Primo inserimento

Aggiornamento

AL COMITATO CONSULTIVO ZONALE PER LA SPECIALISTICA AMBULATORIALE DI MATERA

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ (prov. ____)
(cognome e nome)

il _____ Sesso: M __ o F__ Codice Fiscale _____

Comune di Residenza _____ (Prov. ____) Indirizzo: _____ n. _

Cap. _____ - telefono _____ cell. _____

e-mail _____ PEC _____

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 smi.
(Branca Specialistica)

- medici specialisti ed odontoiatri :branca di _____
- medici veterinari : area _____
- biologi
- chimici
- professionisti psicologi
- professionisti psicoterapeuti

a valere per l'anno **202**_____ relativa alla provincia di **MATERA** nel cui ambito territoriale intende ottenere l'incarico.

A tal fine acclude alla presente la seguente documentazione:

- a) autocertificazione informativa;
- b) n. _____ documenti relativi ai requisiti ed ai titoli in suo possesso, valutabili ai fini della graduatoria predetta e specificati nel prospetto interno (numerati con dichiarazione firmata di conformità agli originali).
- c) **copia fotostatica di un documento di riconoscimento valido***
- d) altro: _____

Inoltre, chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

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.

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. ____)
(cognome e nome)

il _____ Sesso: M __ o F__ **Codice Fiscale**

Comune di Residenza _____ (Prov. ____) **Indirizzo:** _____ n.____
Cap. _____ - telefono _____ cell. _____

Consapevole della 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 essere cittadino del seguente Stato _____ ed in possesso di uno dei requisiti di cui all'art.38, commi 1 e 3 bis del D.lgs n. 165/2001 e s.m.i. (cfr.punto 1 delle "Avvertenze Generali")

di Possedere il diploma di laurea ovvero laurea specialistica della classe corrispondente in _____ (medicina e chirurgia o odontoiatria e protesi dentaria, o medicina veterinaria, o biologia, o chimica, o psicologia); conseguito/a presso l'Università di _____ in data _____ (cfr.punto 1 delle "Avvertenze Generali")

con voto/110 senza lode con lode,
con voto/110 senza lode con lode,

di essere abilitato all'esercizio della professione di _____ (medico e chirurgo o odontoiatra, o medico veterinario, o biologo, o chimico, o psicologo) nella sessione _____ presso l'Università di _____

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 _____

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 _____

ovvero – per la branca Cure palliative – della certificazione regionale attestante l'esperienza triennale nella rete delle cure palliative, secondo quanto previsto dall'articolo1, comma 522,della legge 30 dicembre 2018, n. 145, rilasciata dalla Regioneil/...../.....,

- 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 (tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle “quote A e B “ del fondo di previdenza generale dell’ENPAM e degli altri enti previdenziali, ove previsto o che fruiscono dell’ anticipo della Prestazione Previdenziale – APP) ;
- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario;

7) di avere svolto la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, come sostituto, incarico di sostituzione, provvisorio e a tempo determinato (indicare il servizio svolto fino al 31 dicembre dell’anno precedente)

Branca specialistica o area professionale	presso (2)	totali ore	dal	al
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

(non è valutabile il servizio effettuato precedentemente al 2 ottobre 2000)

- *(solo per specialisti cessati dall’incarico a tempo indeterminato): di aver svolto la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, a tempo indeterminato (indicare il servizio svolto fino al 31 dicembre dell’anno precedente):*

Branca specialistica o area professionale	presso (2)	totali ore	dal	al
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

(non è valutabile il servizio effettuato precedentemente al 2 ottobre 2000)



Servizio Sanitario Nazionale
REGIONE BASILICATA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA
Via Montescaglioso - 75100 Matera



- di essere non essere disponibile per incarichi provvisori, a tempo determinato o per sostituzioni;

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, e del Regolamento europeo 27 aprile 2016 n.2016/679/UE (art.13) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data _____

Firma _____

La domanda deve essere sottoscritta e trasmessa unitamente alla copia del documento di identità.