



AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA
VIA UNITA' ITALIANA, 28
81100 CASERTA
P.IVA. 03519500619

cureprimarie@pec.aslcaserta.it
Tel. 081 5001381

SERVIZIO CURE PRIMARIE

Asl CE Prot. n. 1735/A.PRIM. del 03-01-2022



INDIRIZZI PER L'INVIO DELLE DOMANDE PER LA GR...

**Al Dirigente Responsabile
Controllo Interno di Gestione
ASL Caserta**

**Al Dirigente Responsabile
Affari Generali
ASL Caserta**

Oggetto: Indirizzi per l'invio delle domande per la graduatoria anno 2023 della Specialistica Ambulatoriale:

mezzo PEC protocollo@pec.aslcaserta.it;

mezzo A/R all'indirizzo: Al Servizio Cure Primarie ASL Caserta Via Unità Italiana 28, 81100 Caserta.

In riferimento all'art. 19 dell'ACN vigente, gli aspiranti all'iscrizione nella graduatoria provvisoria anno 2023 della Specialistica Ambulatoriale dovranno presentare la domanda d'inclusione ai seguenti indirizzi:

mezzo PEC all'ASL Caserta all'indirizzo: protocollo@pec.aslcaserta.it; deve essere indicata in oggetto la seguente dicitura: domanda di inclusione nella graduatoria provvisoria anno 2023 della specialistica ambulatoriale;

mezzo A/R all'indirizzo: Al Servizio Cure Primarie ASL Caserta Via Unità Italiana 28, 81100 Caserta, sulla busta deve essere riportata la seguente dicitura: contiene domanda di inclusione nella graduatoria provvisoria anno 2023 della specialistica ambulatoriale.

Si chiede la pubblicazione sul sito aziendale al fine di darne la massima diffusione.

Il Direttore

Dr. Francesco FRASCARIA



DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA ANNO 2023:

Specialisti Ambulatoriali, Veterinari e altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi)
art. 19 dell'Accordo Collettivo Nazionale 30 marzo 2021 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, i veterinari e le altre professionalità (biologi, chimici, psicologi e psicoterapeuti)

Primo inserimento

Aggiornamento

Marca da
bollo
€ 16.00

**AL Servizio Cure Primarie
ASL CE
Via Unità Italiana 28
81100 Caserta**

Pec: protocollo@pec.aslcaserta.it

Il sottoscritto....., nato a.....
(prov.....)il..... M_ F__ Codice Fiscale.....
Comune di residenza..... (prov.....)
Indirizzon..... Cap.....
Telefono
PEC..... e-mail

Chiede di essere incluso nella graduatoria dei:

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

a valere per l'anno 2023 relativamente all'ambito zonale di
nel cui territorio intende ottenere incarico.

A tale fine acclude autocertificazione, relativa ai requisiti ed ai titoli valutabili ai fini della graduatoria, nonché copia del documento di riconoscimento in corso di validità debitamente datato e firmato.

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 sottoscritto....., nato a.....
(prov.....)il..... M_ F__ Codice Fiscale.....
Comune di residenza..... (prov.....)
Indirizzo n..... 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 il diploma di laurea (DL) 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 senza lode con lode, conseguito presso
l'Università di..... in data...../...../.....;

- laurea specialistica/magistrale con voto/100 senza lode con lode
conseguita presso l'Università di..... in data...../...../.....;

- di essere abilitato all'esercizio della professione di.....
(medico chirurgo - odontoiatra - medico veterinario - biologo - chimico - psicologo)
nella sessione..... 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..... dal.....

- di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:
..... conseguita il...../...../.....
presso l'Università di..... con voto..... senza lode con lode
..... conseguita il...../...../.....
presso l'Università di..... con voto..... senza lode con lode
..... conseguita il...../...../.....
presso l'Università di..... con voto..... senza lode con lode
..... 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 (*indicare il servizio svolto fino al 31 dicembre dell'anno precedente*):

Branca specialistica o area professionale	presso (2)	n. 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.

Data..... Firma per esteso

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..... 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.....*
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*

INFORMATIVA

- La domanda, in bollo e documento valido di riconoscimento, deve essere spedita a mezzo raccomandata A/R (Servizio Cure Primarie ASL Caserta Via Unità Italiana 28, 81100 Caserta) o trasmessa con modalità telematica (protocollo@pec.aslcaserta.it), entro e non oltre il 31 Gennaio di ciascun anno;
- Per l'accoglimento della domanda farà fede il timbro postale o la data delle ricevute di accettazione e di avvenuta consegna per trasmissioni via PEC. La ricevuta rilasciata dall'ufficio postale, 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.

NON INVIARE

**Curriculum vitae, pubblicazioni, dottorati,
borse di studio, attestati di master e/o volontariato**

Nel caso in cui lo specialista invia a mezzo raccomandata A.R., **sulla busta** deve riportare la seguente dicitura, possibilmente in basso a sinistra:

**DOMANDA D'INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA
PER I MEDICI SPECIALISTI
valevole per l'anno 2023**

per la Branca e/o Area _____