

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

art. 17 dell'Accordo Collettivo Nazionale 17 dicembre 2015 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, i veterinari e le altre professionalità (biologi, chimici, psicologi)

**Primo inserimento**

**Aggiornamento**



**AL Servizio Cure Primarie  
ASL CE  
Via S. Lucia  
81031Aversa  
Pec: cureprimarie@pec.aslcaserta.it**

Il sottoscritto....., nato a.....  
(prov.....)il..... M\_ F\_\_ Codice Fiscale.....  
Comune di residenza..... (prov.....)  
Indirizzo .....n..... 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 2018 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, deve essere spedita a mezzo raccomandata A/R o consegnata a mano o trasmessa con modalità telematica, al competente ufficio dell'Azienda sede del Comitato Zonale, 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.

### **NON INVIARE**

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