

**Al Comitato Consultivo Zonale
Della Provincia di Sassari e Olbia -Tempio
c/o Azienda Sanitaria Locale di Sassari
Via Monte Grappa, 82 - 07100 - Sassari -**

RACCOMANDATA A.R.

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA PER L'ANNO 2018

art. 17 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali interni , Medici Veterinari ed altre professionalità Sanitarie (Biologi, Chimici, Psicologi), ambulatoriali ai sensi dell'art.8 del D.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni.

Il sottoscritto Dott....., nato
a.....(prov.....)

il....., M ☐ / F ☐ , Codice
Fiscale.....

Comune di
residenza..... (
prov.....)

Indirizzo Vian.....Cap.....
telefono.....

Chiede di essere incluso nella graduatoria in oggetto

☐ per **Medici specialisti** ed **Odontoiatri:** nella **BRANCA**
di.....

☐ per **Medici Veterinari:** ☐ Area A; ☐ Area B; ☐ Area C

☐ per **Biologi**

☐ per **Chimici**

☐ per **Psicologi**

☐ per **Psicoterapeuti**

a valere per l'anno **2017**, relativa alla Provincia di..... nel cui
ambito territoriale intende ottenere incarico ambulatoriale.

A tale fine allega alla presente la seguente documentazione:

a) autocertificazione informativa

b) n.....documenti relativi ai titoli in suo possesso, valutabili ai fini della graduatoria predetta e
specificati nel prospetto interno.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

- la propria residenza;

- il seguente domicilio: Comune di.....(prov.....), Via.....
..... n..... Cap.....telefono....., cell
.....
- la seguente e_mail:

Data.....

Firma per

esteso.....

Allega: 1)Copia documento di identità; 2) Dichiarazione sostitutiva All. 1;3)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO (All. 1)

Il sottoscritto Dott....., nato a.....
(prov.....)

il..... M ☐ / F ☐ Codice
Fiscale.....

Comune di
residenza.....
(prov.....)

Indirizzo Vian.....Cap.....
telefono.....

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi,
richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000

Dichiara

1. di essere laureato in (Medicina e chirurgia
o Odontoiatria, o Medicina Veterinaria, o Biologia, o Chimica, o Psicologia) con voto.....
presso l'Università
di.....in
data.....

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

3. di essere iscritto all'Albo
professionale.....
(dei medici chirurghi o degli odontoiatri, o Medici veterinari , o dei biologi, o dei chimici, o degli
psicologi) presso l'Ordine provinciale /regionale

di..... dal.....

4. 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.....

5. di essere in possesso delle seguenti libere docenze:

in.....con Decreto Ministeriale
del.....

in.....con Decreto Ministeriale
del.....

in.....con Decreto Ministeriale
del.....

in.....con Decreto Ministeriale
del.....

6. di essere in possesso dei seguenti dottorati di ricerca:

in.....con Decreto Ministeriale
del.....

in.....con Decreto Ministeriale
del.....

7. di avere / non avere (1) subito provvedimenti disciplinari da parte delle competenti Commissioni di
Disciplina previste dall'attuale o dai precedenti Accordi

8. Di essere / non essere (1) soggetto ad alcun provvedimento restrittivo di natura disciplinare
comminato

dall'Ordine.....

....

In caso affermativo, specificare il provvedimento disciplinare:

.....

9. di essere nella seguente posizione :

a) avere / non avere (1) un rapporto di lavoro subordinato presso qualsiasi ente pubblico o privato
con divieto di libero esercizio professionale;

- b) svolgere / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale convenzionato;
- c) essere / non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici pediatri di libera scelta;
- d) esercitare / non esercitare (1) la professione medica con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfetariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio sanitario nazionale e che non adottino le clausole normative ed economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale;
- e) operare / non operare (1) a qualsiasi titolo in case di cura convenzionate o accreditate con il S.S.N.
(in caso affermativo, indicare l'Azienda.....
.....)
- f) svolgere / non svolgere (1) attività fiscali per conto di Aziende
(in caso affermativo indicare l'Azienda.....)
- g) 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, comma 5, del D.Lvo n.502/92 e successive modificazioni e integrazioni
- h) 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.Lvo n.502/92 e successive modificazioni e integrazioni
- i) operare / non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti o istituzioni private convenzionate o accreditate con le aziende per l'esecuzione di prestazioni specialistiche effettuate in regime di autorizzazione sanitaria ai sensi dell'art. 43 della legge n.833/78 e dell'art. 8-ter del D.L.vo n. 229/99;
- l) essere / non essere (1) titolare di incarico nei servizi di guardia medica ai sensi del D.P.R. n.292/87 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
- m) percepire / non percepire (1) indennità di rischio in base ad altro rapporto lavorativo (in caso di risposta affermativa indicare il tipo di attività svolta.....
e la misura dell'indennità percepita.....
.)
- n) di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario con massimale orario pari a 38 ore settimanali;

.....segue per i Medici specialisti ambulatoriali e Odontoiatri:

- Dichiaro di essere presente nella graduatoria dell'anno precedente : ☐ SI (con punti);

☐ NO

N.B.

- L'attività svolta, dallo 02/10/2000 in poi, deve essere nuovamente dichiarata per la valutazione del Punteggio sulla base di nuovi criteri stabiliti dall' A.C.N.;

- Gli specialisti ambulatoriali, TITOLARI di Incarico a tempo Indeterminato, NON DEVONO PRESENTARE DOMANDA;

10. di avere svolto la seguente attività professionale nella branca, come sostituto, incarico provvisorio e a tempo determinato (indicare il totale delle ore effettivamente svolte):

Branca _____ Asl _____ Poliambulatorio/Presidio di

n° ore complessive _____ dal _____ al _____ ,

Branca _____ Asl _____ Poliambulatorio/Presidio di

n° ore complessive _____ dal _____ al _____ ,

Branca _____ Asl _____ Poliambulatorio/Presidio di

n° ore complessive _____ dal _____ al _____ ,

Branca _____ Asl _____ Poliambulatorio/Presidio di

n° ore complessive _____ dal _____ al _____ ,

Branca _____ Asl _____ Poliambulatorio/Presidio di

n° ore complessive _____ dal _____ al _____ ,

Branca _____ Asl _____ Poliambulatorio/Presidio di

n° ore complessive _____ dal _____ al _____ ,

Branca _____ Asl _____ Poliambulatorio/Presidio di

n° ore complessive _____ dal _____ al _____ ,

Branca _____ Asl _____ Poliambulatorio/Presidio di

n° ore complessive _____ dal _____ al _____ ,

Branca _____ Asl _____ Poliambulatorio/Presidio di

n° ore complessive _____ dal _____ al _____ ,
 Branca _____ Asl _____ Poliambulatorio/Presidio di _____

n° ore complessive _____ dal _____ al _____ ,
 Branca _____ Asl _____ Poliambulatorio/Presidio di _____

n° ore complessive _____ dal _____ al _____ ,
 Branca _____ Asl _____ Poliambulatorio/Presidio di _____

n° ore complessive _____ dal _____ al _____ ,
 Branca _____ Asl _____ Poliambulatorio/Presidio di _____

n° ore complessive _____ dal _____ al _____ ,
 Branca _____ Asl _____ Poliambulatorio/Presidio di _____

n° ore complessive _____ dal _____ al _____ ,
 Branca _____ Asl _____ Poliambulatorio/Presidio di _____

n° ore complessive _____ dal _____ al _____ ,
 Branca _____ Asl _____ Poliambulatorio/Presidio di _____

n° ore complessive _____ dal _____ al _____ ,
 Branca _____ Asl _____ Poliambulatorio/Presidio di _____

n° ore complessive _____ dal _____ al _____ ,
 Branca _____ Asl _____ Poliambulatorio/Presidio di _____

n° ore complessive _____ dal _____ al _____ ,
 Branca _____ Asl _____ Poliambulatorio/Presidio di _____

n° ore complessive _____ dal _____ al _____ ,
 Branca _____ Asl _____ Poliambulatorio/Presidio di _____

n° ore complessive _____ dal _____ al _____ ,
 Branca _____ Asl _____ Poliambulatorio/Presidio di _____

n° ore complessive _____ dal _____ al _____ ,
 Branca _____ Asl _____ Poliambulatorio/Presidio di _____

n° ore complessive _____ dal _____ al _____ ,
 Branca _____ Asl _____ Poliambulatorio/Presidio di _____

n° ore complessive _____ dal _____ al _____ ,

Branca _____ Asl _____ Poliambulatorio/Presidio di _____

n° ore complessive _____ dal _____ al _____ ,

Branca _____ Asl _____ Poliambulatorio/Presidio di _____

n° ore complessive _____ dal _____ al _____ ,

Branca _____ Asl _____ Poliambulatorio/Presidio di _____

n° ore complessive _____ dal _____ al _____ ,

Branca _____ Asl _____ Poliambulatorio/Presidio di _____

n° ore complessive _____ dal _____ al _____ ,

Branca _____ Asl _____ Poliambulatorio/Presidio di _____

n° ore complessive _____ dal _____ al _____ ,

() Si ricorda che:*

Non è valutabile il servizio effettuato precedentemente l'anno 2000.

Viene valutata SOLO l'attività svolta in qualità di sostituzioni, incarichi provvisori e a tempo determinato effettuati, nella branca principale o area professionale, a favore di Aziende sanitarie ed altre Istituzioni pubbliche che applicano le norme dell'ACN 23.03.2005 e s.m.i. (Inps, Inail, Ministero della Difesa, SASN, etc).

L'omissione o l'incompletezza dei dati comporteranno la non attribuzione dei relativi punteggi, senza possibilità di integrazione.

*L'autocertificazione dovrà indicare **esattamente il numero delle ore di incarico svolte**, il periodo di svolgimento e l'Azienda USL presso la quale è stata svolta l'attività*

NOTE (2)

.....

.....

.....

.....

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, afferma, ai sensi del DPR 445/2000, che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero.

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n° 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data.....

Firma per esteso

.....

- (1) cancellare la parte che non interessa
- (2) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste

AVVERTENZE GENERALI

- ✓ La domanda deve essere redatta in conformità al fac-simile pubblicato sul sito aziendale e resa legale con l'apposizione di **Marca da Bollo da € 16,00**;
- ✓ La domanda, **a pena di esclusione, deve essere sottoscritta dall'interessato** quale elemento che dà certezza giuridica rispetto alla richiesta presentata ed ai suoi contenuti, con particolare riferimento alle dichiarazioni rese ai sensi del Testo unico sulla documentazione amministrativa D.P.R. 445/2000;
- ✓ Alla domanda deve essere **allegata copia di un documento di identità** in corso di validità;
- ✓ I documenti comprovanti il possesso dei titoli dichiarati ai sensi del Testo unico sulla documentazione amministrativa D.P.R. 445/2000 devono essere in regola con le norme sull'imposta di bollo e le disposizioni di legge vigenti;
- ✓ Ai fini dell'attribuzione del relativo punteggio, la documentazione allegata deve essere tale da poterne consentire la valutazione e non si terrà conto di quella dalla quale non è possibile dedurre i dati di valutazione o di quella mancante rispetto a quanto dichiarato dall'aspirante.

..... segue per Biologi – Chimici – Psicologi – Psicoterapeuti:

10. di avere svolto la seguente attività professionale in qualità di:

☐ Biologo

☐ Chimico

☐ Psicologo

☐ Psicoterapeuta

presso strutture del S.S.N., Comuni, Province, Regioni, Istituti universitari, Ministeri, Enti privati equiparati, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, Enti ed istituti pubblici di ricerca, strutture private:

Dal.....al.....presso.....per complessive ore.....
.....

Nel servizio di.....con la qualifica di.....
.....

Dal.....al.....presso.....per complessive ore.....
.....

Nel servizio di.....con la qualifica di.....
.....

Dal.....al.....presso.....per complessive ore.....
.....

Nel servizio di.....con la qualifica di.....
.....

11. di avere svolto la seguente attività professionale in qualità di: ☐ Biologo volontario; ☐ Chimico volontario

☐ Psicologo volontario; ☐ Psicoterapeuta volontario presso strutture pubbliche, regolarmente deliberata dall'Ente

Dal.....al.....
presso.....

Nel servizio di.....con la qualifica di.....
.....

Dal.....al.....
presso.....

Nel servizio di.....con la qualifica di.....
.....

12. di avere frequentato i seguenti corsi di perfezionamento o aggiornamento, di durata non inferiore a 30 ore o a 4 giorni, formalmente documentati con attestazione di frequenza, in una delle discipline della Biologia/Chimica/Psicologia (1)

N.B.: Non sono valutabili i corsi di aggiornamento obbligatori per contratto o convenzione.

Corso inseguito dalal per complessive

Ore/giorni/anni.....presso.....

Corso inseguito dalal per complessive

Ore/giorni/anni.....presso.....

Corso inseguito dalal per complessive

Ore/giorni/anni.....presso.....

Corso inseguito dalal per complessive

Ore/giorni/anni.....presso.....

Corso inseguito dalal per complessive

Ore/giorni/anni.....presso.....

Corso inseguito dalal per complessive

Ore/giorni/anni.....presso.....

12. di avere conseguito idoneità in pubblico concorso (valutabile solo la prima idoneità):

concorso a.....

presso.....anno.....

13. di essere iscritto all'Ordine Nazionale /Regionale /Provinciale dei

☐ Biologi ☐ Chimici ☐ Psicologi ☐ Psicoterapeuti

dal.....

NOTE (1)

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

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, afferma, ai sensi del DPR 445/2000, che quanto sopra corrisponde al vero.

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n° 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data.....

Firma per esteso

(1) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste

AVVERTENZE GENERALI

- ✓ La domanda deve essere redatta in conformità al fac-simile pubblicato sul sito aziendale e resa legale con l'apposizione di **Marca da Bollo da € 16,00**;
- ✓ La domanda, **a pena di esclusione, deve essere sottoscritta dall'interessato** quale elemento che dà certezza giuridica rispetto alla richiesta presentata ed ai suoi contenuti, con particolare riferimento alle dichiarazioni rese ai sensi del Testo unico sulla documentazione amministrativa D.P.R. 445/2000;
- ✓ Alla domanda deve essere **allegata copia di un documento di identità** in corso di validità;
- ✓ I documenti comprovanti il possesso dei titoli dichiarati ai sensi del Testo unico sulla documentazione amministrativa D.P.R. 445/2000 devono essere in regola con le norme sull'imposta di bollo e le disposizioni di legge vigenti;
- ✓ Ai fini dell'attribuzione del relativo punteggio, la documentazione allegata deve essere tale da poterne consentire la valutazione e non si terrà conto di quella dalla quale non è possibile dedurre i dati di valutazione o di quella mancante rispetto a quanto dichiarato dall'aspirante.

Per gli specialisti ambulatoriali Modulo di Riepilogo delle ore effettuate per anno e per mese

BRANCA DI _____ .

ANNO 2000 (dal 2.10.2000)

	Asl.n°	Asl n°	Asl n°	Asl n°	Asl n°	Totale ore
Ottobre						
Novembre						
Dicembre						

ANNO 2001

	Asl n°	Asl n°	Asl n°	Asl n°	Asl n°	Totale ore
Gennaio						
Febbraio						
Marzo						
Aprile						
Maggio						
Giugno						
Luglio						
Agosto						
Settembre						
Ottobre						
Novembre						
Dicembre						

ANNO 2002

	Asl n°	Asl n°	Asl n°	Asl n°	Asl n°	Totale ore
Gennaio						
Febbraio						
Marzo						
Aprile						
Maggio						
Giugno						
Luglio						
Agosto						
Settembre						
Ottobre						
Novembre						
Dicembre						

ANNO 2003

	Asl n° _____	Asl n° _____	Asl n° _____	Asl n° _____	Asl n° _____	Totale ore
Gennaio						
Febbraio						
Marzo						
Aprile						
Maggio						
Giugno						
Luglio						
Agosto						
Settembre						
Ottobre						
Novembre						
Dicembre						

ANNO 2004

	Asl n° _____	Asl n° _____	Asl n° _____	Asl n° _____	Asl n° _____	Totale ore
Gennaio						
Febbraio						
Marzo						
Aprile						
Maggio						
Giugno						
Luglio						
Agosto						
Settembre						
Ottobre						
Novembre						
Dicembre						

ANNO 2005

	Asl n° _____	Asl n° _____	Asl n° _____	Asl n° _____	Asl n° _____	Totale ore
Gennaio						
Febbraio						
Marzo						
Aprile						
Maggio						
Giugno						
Luglio						
Agosto						
Settembre						
Ottobre						
Novembre						
Dicembre						

ANNO 2006

	Asl n°	Asl n°	Asl n°	Asl n°	Asl n°	Totale ore
Gennaio						
Febbraio						
Marzo						
Aprile						
Maggio						
Giugno						
Luglio						
Agosto						
Settembre						
Ottobre						
Novembre						
Dicembre						

ANNO 2007

	Asl n°	Asl n°	Asl n°	Asl n°	Asl n°	Totale ore
Gennaio						
Febbraio						
Marzo						
Aprile						
Maggio						
Giugno						
Luglio						
Agosto						
Settembre						
Ottobre						
Novembre						
Dicembre						

ANNO 2008

	Asl °	Asl n°	Asl n°	Asl n°	Asl n°	Totale ore
Gennaio						
Febbraio						
Marzo						
Aprile						
Maggio						
Giugno						
Luglio						
Agosto						
Settembre						
Ottobre						
Novembre						
Dicembre						

ANNO 2009

	Asl °	Asl n°	Asl n°	Asl n°	Asl n°	Totale ore
Gennaio						
Febbraio						
Marzo						
Aprile						
Maggio						
Giugno						
Luglio						
Agosto						
Settembre						
Ottobre						
Novembre						
Dicembre						

ANNO 2010

	Asl °	Asl n°	Asl n°	Asl n°	Asl n°	Totale ore
Gennaio						
Febbraio						
Marzo						
Aprile						
Maggio						
Giugno						
Luglio						
Agosto						
Settembre						
Ottobre						
Novembre						
Dicembre						

2011

	Asl °	Asl n°	Asl n°	Asl n°	Asl n°	Totale ore
Gennaio						
Febbraio						
Marzo						
Aprile						
Maggio						
Giugno						
Luglio						
Agosto						
Settembre						
Ottobre						
Novembre						
Dicembre						

ANNO 2012

	Asl °	Asl n°	Asl n°	Asl n°	Asl n°	Totale ore
Gennaio						

Febbraio						
Marzo						
Aprile						
Maggio						
Giugno						
Luglio						
Agosto						
Settembre						
Ottobre						
Novembre						
Dicembre						

ANNO 2013

	Asl °	Asl n°	Asl n°	Asl n°	Asl n°	Totale ore
Gennaio						
Febbraio						
Marzo						
Aprile						
Maggio						
Giugno						
Luglio						
Agosto						
Settembre						
Ottobre						
Novembre						
Dicembre						

ANNO 2014

	Asl °	Asl n°	Asl n°	Asl n°	Asl n°	Totale ore
Gennaio						
Febbraio						
Marzo						
Aprile						
Maggio						
Giugno						
Luglio						
Agosto						
Settembre						
Ottobre						
Novembre						
Dicembre						

ANNO 2015

	Asl °	Asl n°	Asl n°	Asl n°	Asl n°	Totale ore
Gennaio						
Febbraio						
Marzo						
Aprile						
Maggio						
Giugno						
Luglio						
Agosto						
Settembre						
Ottobre						
Novembre						
Dicembre						

ANNO 2016

	Asl °	Asl n°	Asl n°	Asl n°	Asl n°	Totale ore
Gennaio						
Febbraio						
Marzo						
Aprile						
Maggio						
Giugno						
Luglio						
Agosto						
Settembre						
Ottobre						
Novembre						
Dicembre						

... segue per i Medici Veterinari

10. di avere svolto la seguente attività professionale nella branca, come sostituto, incarico provvisorio e a tempo determinato:

Area	ASL	Distretto di	n° ore complessive	dal	al
Totale ore					

NOTE ...(SI ALLEGA CURRICULUM).....

.....

.....

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, afferma, ai sensi del DPR 445/2000, che quanto sopra corrisponde al vero.

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. n° 196/2003 , che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data.....

Firma per esteso

.....

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste

AVVERTENZE GENERALI

- ✓ La domanda deve essere redatta in conformità al fac-simile pubblicato sul sito aziendale e resa legale con l'apposizione di **Marca da Bollo da €. 16,00;**
- ✓ La domanda, **a pena di esclusione, deve essere sottoscritta dall'interessato** quale elemento che dà certezza giuridica rispetto alla richiesta presentata ed ai suoi contenuti, con particolare riferimento alle dichiarazioni rese ai sensi del Testo unico sulla documentazione amministrativa D.P.R. 445/2000;
- ✓ Alla domanda deve essere **allegata copia di un documento di identità** in corso di validità;
- ✓ I documenti comprovanti il possesso dei titoli dichiarati ai sensi del Testo unico sulla documentazione amministrativa D.P.R. 445/2000 devono essere in regola con le norme sull'imposta di bollo e le disposizioni di legge vigenti;
- ✓ Ai fini dell'attribuzione del relativo punteggio, la documentazione allegata deve essere tale da poterne consentire la valutazione e non si terrà conto di quella dalla quale non è possibile dedurre i dati di valutazione o di quella mancante rispetto a quanto dichiarato dall'aspirante.