

**DOMANDA D'INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA
valida per l'anno 2022**

(art. 19 ACN 2020 entrato in vigore il 31.03.2020)
per i Medici Specialisti e Odontoiatri
altre Professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi)
e Medici Veterinari

(Marca da bollo)
16 €

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO		➤ ASL AVELLINO UOC CURE PRIMARIE Comitato Zonale Specialistica Ambulatoriale
Prot. n.	Data	

➤ PEC: protocollo@pec.aslavellino.it

___ sottoscritt ___ dott.
(Cognome) (Nome)

nato il/...../..... a..... (prov.....),

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

Via n..... CAP.....

Telefono cellulare Telefono fisso

PEC (LEGGIBILE)

E-mail (LEGGIBILE)

Eventuale recapito diverso da inserire nelle graduatorie, che saranno pubblicate sul BURC

Via n.....

CAP..... Città.....

(Casella da barrare solo da chi presenta la domanda per la prima volta.)

CHIEDE

di essere inserito nella graduatoria valida per l'anno 2022, secondo quanto previsto dall'art. 19 dell'Accordo Collettivo Nazionale di cui all'Accordo 2020 in vigore dal 31.03.2020, per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali, Medici Veterinari e altre Professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi)

MEDICI (Indicare una delle branche previste dall'Accordo Collettivo Nazionale) _____ _____	<input type="checkbox"/> BIOLOGI	VETERINARI Area: <input type="checkbox"/> A (Sanità animale) <input type="checkbox"/> B (Igiene degli alimenti) <input type="checkbox"/> C (Igiene degli allevamenti)
	<input type="checkbox"/> CHIMICI	
	<input type="checkbox"/> PSICOLOGI	
	<input type="checkbox"/> PSICOTERAPEUTI	

Inoltre esprime la propria disponibilità indisponibilità (barrare la voce che interessa) ad essere inserito nelle graduatorie di cui al comma 12 dell'art.19 del vigente A.C.N. (graduatorie di specialisti e veterinari disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione).

A tal proposito, il sottoscritto, consapevole delle responsabilità cui va incontro ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 colui che rilascia dichiarazioni false o mendaci,

DICHIARA:

1. di essere laureato in con voto/110,

lode SÌ NO presso l'Università di..... in data.....

2. di essere abilitato all'esercizio della professione di.....

dal presso l'Università di.....

3. di essere iscritto all'Albo professionale dei/degli dal

presso l'Ordine provinciale/regionale di n° iscrizione

4. di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:

1^ specializzazione in..... conseguita il.....

presso l'Università di..... con voto...../..... lode SÌ NO

2^ specializzazione in..... conseguita il.....

5. di non trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 27, (ACN 2020 in vigore dal 31.03.2020) comma 1, lettere h) e l)

6. di essere specialista/professionista/veterinario ambulatoriale, titolare d'incarico a tempo indeterminato nella branca di _____

per n. _____ ore settimanali presso ASL _____

o A.O. _____ dal _____.

PROSPETTO RIASSUNTIVO

per la specifica delle attività svolte, ai sensi del vigente Accordo Collettivo Nazionale dalla data di specializzazione fino al 31/12/2020 c/o ASL / AO / AORN / INAIL / SASN / MINISTERO DELLA DIFESA ecc., formulato ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000 (dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà)

Non è valida ai fini del punteggio l'attività svolta a tempo indeterminato.

____ sottoscritt_ dott....., consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 DPR 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità, di aver effettuato, nella qualità di specialista/professionista ambulatoriale,

nella branca di _____ le sottoindicate ore di attività presso:

ASL/Struttura _____	DSB _____	ore totali _____	anno _____	in qualità di _____
ASL/Struttura _____	DSB _____	ore totali _____	anno _____	in qualità di _____
ASL/Struttura _____	DSB _____	ore totali _____	anno _____	in qualità di _____
ASL/Struttura _____	DSB _____	ore totali _____	anno _____	in qualità di _____
ASL/Struttura _____	DSB _____	ore totali _____	anno _____	in qualità di _____
ASL/Struttura _____	DSB _____	ore totali _____	anno _____	in qualità di _____
ASL/Struttura _____	DSB _____	ore totali _____	anno _____	in qualità di _____
ASL/Struttura _____	DSB _____	ore totali _____	anno _____	in qualità di _____
ASL/Struttura _____	DSB _____	ore totali _____	anno _____	in qualità di _____
ASL/Struttura _____	DSB _____	ore totali _____	anno _____	in qualità di _____
ASL/Struttura _____	DSB _____	ore totali _____	anno _____	in qualità di _____
ASL/Struttura _____	DSB _____	ore totali _____	anno _____	in qualità di _____

per complessive ore _____

Il sottoscritto dichiara di aver preso atto dell'informativa sul trattamento dei dati personali, riportata in calce alla presente domanda, ai sensi del GDPR Regolamento UE 2016/679 e autorizza al trattamento dei dati personali forniti esclusivamente per i fini della pubblicazione riportati nella suddetta informativa.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A ALLEGA LA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITÀ.

Data _____

Firma per esteso _____

**MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DI BOLLO DOVUTA PER LA PRESENTAZIONE DI ISTANZE
ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**

Il sottoscritto consapevole che le false dichiarazioni, la falsità degli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale(art.75 e 76 del DPR 28.12.2000 n.445

Trasmette la presente dichiarazione, attestando ai sensi degli artt.46 e 47 del DPR 28.12.2000 N.445 quanto segue:

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ PROV. _____ IL _____

RESIDENTE IN _____ PROV _____ CAP _____

VIA/PIAZZA _____ N. _____

DICHIARA

- Di aver provveduto al pagamento dell'imposta dovuta per le istanze di inserimento nelle graduatorie Regionali o Aziendali per la medicina convenzionata:

Numero identificativo della marca da bollo _____ del _____

- Di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate, pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

Luogo e data

Firma autografa leggibile
