

valida per l'anno 2020

(art. 17, ACN 17/12/2015)

per i Medici Specialisti e Odontoiatri

altre Professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi)
e Medici Veterinari

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO COMITATO ZONALE SPECIALISTICA AMBULATORIALE		➤ ASL AVELLINO COMITATO ZONALE Specialistica Ambulatoriale Via degli IMBIMBO, 10-12 83100 AVELLINO
<i>Prot. n.</i>	<i>Data</i>	

__ / __ sottoscritt **Dott.** nato il/...../.....
 (Cognome) (Nome)

a.....(prov.....), Codice Fiscale.....

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

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

Telefono cellulare Telefono fisso

PEC E-mail

(eventuale recapito diverso da inserire nelle graduatorie che saranno pubblicate sul BURC o per comunicazioni varie:

Via n.....

CAP..... Città

CHIEDE

il primo inserimento

l'aggiornamento

nella/della graduatoria valida **per l'anno 2020**, secondo quanto previsto dall'art. 17 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali, Medici Veterinari e altre Professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi) di cui all'Accordo 17/12/2016.

<p>MEDICI (Indicare una delle branche previste dall'Allegato 2 dell'Accordo Collettivo Nazionale)</p> <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> <u>BIOLOGI</u>	<p>VETERINARI Area:</p> <input type="checkbox"/> A (Sanità animale) <input type="checkbox"/> B (Igiene degli alimenti) <input type="checkbox"/> C (Igiene degli allevamenti)
	<input type="checkbox"/> <u>CHIMICI</u>	
	<input type="checkbox"/> <u>PSICOLOGI</u>	
	<input type="checkbox"/> <u>PSICOTERAPEUTI</u>	

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/gli dal

presso l'Ordine provinciale 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.....**

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

5. di non trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 25, comma 1, lettere h) e l) (titolari di trattamento d'invalidità permanente e/o di trattamento pensionistico).

6. di essere titolare d'incarico a tempo indeterminato nella branca per la quale presenta la domanda per n. ore settimanali (*)

La mancata indicazione delle ore d'incarico (al 31/1/2018) costituisce motivo d'esclusione dalla graduatoria.

*Avvertenza importante - Nel caso l'interessato sia in possesso di due o più titoli di specializzazione che consentano l'inclusione in più graduatorie, occorre presentare **specifiche domande separate** .*

(*) Gli specialisti ambulatoriali titolari d'incarico a tempo indeterminato posso presentare la domanda solo se non hanno già raggiunto il massimale orario di 38 ore settimanali.

PROSPETTO RIASSUNTIVO

per la specifica delle attività svolte, ai sensi del vigente Accordo Collettivo Nazionale **dalla data di specializzazione fino al 31/12/2018 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 sono valide le attività inerenti gli Avvisi pubblici, gli incarichi di dipendenza con il SSN, le attività svolte presso strutture private e/o accreditate, i contratti, le consulenze Co.Co.Co., ecc. ovvero non è valida qualsiasi altra attività espletata, non regolata sul piano giuridico ed economico dall'Accordo Collettivo Nazionale per i Medici Specialisti ambulatoriali, medici Veterinari e Altre Professionalità.

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 _____ DSB _____ ore totali (2) _____ anno _____ in qualità di _____ (1)

ASL _____ DSB _____ ore totali (2) _____ anno _____ in qualità di _____ (1)

ASL _____ DSB _____ ore totali (2) _____ anno _____ in qualità di _____ (1)

ASL _____ DSB _____ ore totali (2) _____ anno _____ in qualità di _____ (1)

ASL _____ DSB _____ ore totali (2) _____ anno _____ in qualità di _____ (1)

Struttura _____ ore tot.(2) _____ anno _____ in qualità di (1) _____

Struttura _____ ore tot.(2) _____ anno _____ in qualità di (1) _____

Struttura _____ ore tot.(2) _____ anno _____ in qualità di (1) _____

per complessive ore _____ (3)

(SOLO PER I VETERINARI:)

Attività svolte a prestazione (per ciascun mese massimo 25 ore): (4)

ASL _____ DSB _____ ore totali (2) _____ dal _____ al _____

ASL _____ DSB _____ ore totali (2) _____ dal _____ al _____

ASL _____ DSB _____ ore totali (2) _____ dal _____ al _____

per complessive ore _____ (4)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A ALLEGA UNA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO.

Data _____

Firma per esteso _____

() le ore di attività svolte a seguito di conferimento di incarico regolato da norme diverse da quelle previste dall'Accordo Collettivo Nazionale vigente **NON** saranno valutate ai fini del punteggio, e la loro inclusione nella domanda costituisce dichiarazione falsa, con le conseguenze di natura penale previste dall'art. 76 del DPR 445/2000.**

Inoltre, ciascuno specialista/professionista deve indicare solo le ore di attività espletate nella branca di cui è in possesso del relativo titolo di specializzazione.

Nel caso di più titoli di specializzazione, le attività vanno indicate una sola volta e attribuite alla branca per la quale sono state espletate.

(1) Specificare se trattasi di sostituzioni, incarichi provvisori o incarichi a tempo determinato conferiti ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la specialistica ambulatoriale

(2) Indicare solo il numero delle ore di servizio effettivamente svolte nella qualità di specialista ambulatoriale e non quello delle ore settimanali d'incarico riportato nei contratti.

(3) Per un totale massimo di n. 1976 ore annue, corrispondenti a n. 38 ore settimanali per 52 settimane.

(4) Indicare le ore mensili per attività effettuate a prestazione.

→ **Le ore di attività svolte negli anni antecedenti al **2018** vanno inserite solo nel caso in cui **NON** siano già state inserite nelle domande relative agli anni precedenti.**

La domanda - **da compilare con caratteri chiari e leggibili** - può essere presentata personalmente al Comitato Zonale; se, invece, 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.

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, in basso a sinistra:

DOMANDA D'INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA
valevole per l'anno **2020**

per la branca di _____

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 **2020**. 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 Campania.
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 Locale Avellino.