

**REGIONE PIEMONTE
COMITATO CONSULTIVO ZONALE DI ASTI
(ART. 24 ACN 29.07.2009)
SEDE PRESSO ASL AT - VIA CONTE VERDE 125 -
TELEF 0141 484409 - FAX 0141 484495**

Marca da bollo € 16,00

**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA
ANNO 2017**

ai sensi dell'art. 21 dell'Accordo Collettivo Nazionale del 29/07/09 per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali i Veterinari ed altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi)

MEDICINA SPECIALISTICA BRANCA _____
(Presentare una domanda per ogni singola branca)

**AL COMITATO ZONALE DI ASTI
Via Conte Verde 125
14100 ASTI**

Il sottoscritto Dott.ssa/Dott. _____, nato il _____
a _____ (Prov. _____) M F

Codice Fiscale _____

Indirizzo Via/Piazza/Corso

_____ n° _____

Comune di residenza _____ (Prov. _____) Cap _____

Telefono _____

Recapito professionale nel Comune di _____ (Prov. _____)

Via/Piazza/Corso _____ n° _____ Cap _____ telefono _____

e-mail _____

R E G I O N E P I E M O N T E
COMITATO CONSULTIVO ZONALE DI ASTI
(ART . 24 ACN 29.07.2009)
SEDE PRESSO ASL AT - VIA CONTE VERDE 125 -
TELEF 0141 484409 – FAX 0141 484495

Indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC)(*)

(*) La legge n. 2/2009 prevede che i professionisti iscritti in albi ed elenchi istituiti con legge dello Stato comunicano ai rispettivi ordini o collegi il proprio indirizzo di posta elettronica certificata, e che le comunicazioni tra tali professionisti e le Pubbliche Amministrazioni possano essere inviate attraverso la posta elettronica certificata, senza che il destinatario debba dichiarare la propria disponibilit  ad accettarne l'utilizzo

CHIEDE DI ESSERE INCLUSO NELLA GRADUATORIA

secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale del 29/07/09 per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali, medici veterinari ed altre professionalit  (Biologi, Chimici, Psicologi), ex art.8 del D.Lgs. n.502/92 e successive modificazioni.

A tale fine acclude alla presente la seguente documentazione:

- a) autocertificazione informativa
- b) consenso al trattamento dei dati personali.

Chiede, inoltre, che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

indirizzo di Posta Elettronica Certificata indicato nella pagina precedente

la propria residenza

il domicilio sottoindicato:

c/o _____ Comune _____ (Prov. _____)

Indirizzo Via/Piazza/Corso _____ n  _____ Cap _____

Data _____

Firma per esteso _____

**R E G I O N E P I E M O N T E
COMITATO CONSULTIVO ZONALE DI ASTI
(ART . 24 ACN 29.07.2009)
SEDE PRESSO ASL AT - VIA CONTE VERDE 125 -
TELEF 0141 484409 – FAX 0141 484495**

AVVERTENZE IMPORTANTI

- Ai sensi dell'art. 39 del D.P.R 28/12/2000, n. 445 le firme in calce alla domanda di graduatoria non sono soggette ad autenticazione e se presentate personalmente al competente ufficio del Comitato Zonale, devono essere apposte in presenza dell'addetto alla ricezione.
Qualora la domanda sia presentata da un terzo o inviata a mezzo raccomandata a/r l'interessato è tenuto a sottoscriverla in ogni sua parte ed allegare copia di un documento di identità, ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445.

**AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA
Allegata alla domanda di inserimento nella graduatoria 2015**

Il sottoscritto /Dott. _____, nata/o il _____

Dichiara, ai sensi e agli effetti del T.U. 445/2000 e successive modificazioni.

di possedere il diploma di laurea (DL) corrispondente in:

medicina e chirurgia odontoiatria e protesi dentaria,

con voto _____/110 (Lode) conseguito/a presso l'Università
di _____ in data _____

di essere abilitato all'esercizio della professione di:

medico chirurgo odontoiatra

Nella sessione _____ presso l'Università

di essere iscritto all'Albo professionale dei

medici chirurghi presso l'Ordine provinciale di _____
dal _____

R E G I O N E P I E M O N T E
COMITATO CONSULTIVO ZONALE DI ASTI
(ART . 24 ACN 29.07.2009)
SEDE PRESSO ASL AT - VIA CONTE VERDE 125 -
TELEF 0141 484409 – FAX 0141 484495

degli odontoiatri presso l'Ordine provinciale di _____
dal _____

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 _____

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

di essere / non essere (1) soggetto ad alcun provvedimento restrittivo di natura disciplinare comminato dall'Ordine _____

In caso affermativo, specificare il provvedimento disciplinare:

di essere nella seguente posizione :

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

svolgere / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale convenzionato

essere / non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici pediatri di libera scelta

esercitare / non esercitare (1) la professione medica con rapporto di lavoro autonomo retribuito
forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al

R E G I O N E P I E M O N T E
COMITATO CONSULTIVO ZONALE DI ASTI
(ART . 24 ACN 29.07.2009)
SEDE PRESSO ASL AT - VIA CONTE VERDE 125 -
TELEF 0141 484409 – FAX 0141 484495

Servizio sanitario nazionale e che non adottino le clausole normative ed economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale

operare / non operare (1) a qualsiasi titolo in case di cura convenzionate o accreditate con il S.S.N. (in caso affermativo, specificare _____)

svolgere / non svolgere (1) attività fiscali per conto di Aziende (in caso affermativo indicare l'Azienda _____)

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

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

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.Lvo n. 229/99;

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.Lvo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni

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 _____).

di avere svolto attività professionale nella branca o area professionale, come sostituto, incarico provvisorio e/o a tempo determinato nell'ambito della convenzione: SI NO

(Se si compilare la dichiarazione sostitutiva atto di notorietà - allegato n° 1)

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, afferma che quanto sopra corrisponde al vero.

**R E G I O N E P I E M O N T E
COMITATO CONSULTIVO ZONALE DI ASTI
(ART . 24 ACN 29.07.2009)
SEDE PRESSO ASL AT - VIA CONTE VERDE 125 -
TELEF 0141 484409 – FAX 0141 484495**

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 _____

- (1) cancellare la parte che non interessa
- (2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme del presente accordo
- (3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste

N.B. La presente autocertificazione informativa, con le appropriate modificazioni, è utilizzabile anche per le comunicazioni ai comitati di cui all'art. 24, relative alle modificazioni nel proprio stato di servizio.

**REGIONE PIEMONTE
COMITATO CONSULTIVO ZONALE DI ASTI
(ART. 24 ACN 29.07.2009)
SEDE PRESSO ASL AT - VIA CONTE VERDE 125 -
TELEF 0141 484409 – FAX 0141 484495**

ALLEGATO N. 1

MEDICI - PSICOLOGI - BIOLOGI - CHIMICI - VETERINARI

Punto 7. Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000 - Attività professionale nella branca, come sostituzioni, incarico provvisorio e a tempo determinato (Non devono essere indicati gli incarichi di dipendenza o le sostituzioni di dipendenza, né le borse di studio, né le consulenze, ma solo le convenzioni ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale Specialisti Ambulatoriali Interni). Per coloro che hanno già presentato domande negli anni precedenti si segnala che si terrà conto di quanto già dichiarato con l'ultima domanda presentata; pertanto non deve essere dichiarata nuovamente l'attività pregressa, fatto salvo i casi in cui si intenda aggiungere attività non dichiarate nelle domande precedenti o periodi di assenza che in precedenza non venivano richiesti).

La/Il sottoscritta/o Dott.ssa

/Dott. _____,

DICHIARA DI AVERE SVOLTO

- nell'area **medica** nella branca
di: _____

la seguente attività professionale a tempo determinato, nell'ambito della convenzione, a favore di Aziende Sanitarie e altre Istituzioni pubbliche che applicano le norme dell' ACN del 29/7/2009

- art. 23 comma 10 e 11 – incarico annuale a tempo determinato**
- art. 23, comma 7 incarico provvisorio in attesa di pubblicazione**
- art. 40 incarico di sostituzione per assenza del titolare superiore a 30 gg.**

(inserire unicamente l'attività relativa all'area o branca per la quale si presenta la domanda)

**R E G I O N E P I E M O N T E
COMITATO CONSULTIVO ZONALE DI ASTI
(ART . 24 ACN 29.07.2009)
SEDE PRESSO ASL AT - VIA CONTE VERDE 125 -
TELEF 0141 484409 – FAX 0141 484495**

A.S.L / ENTI	Località e/o Presidio e/o Distretto	DAL	AL	Ore settimanali di incarico

**PERIODI DI ASSENZA NON RETRIBUITA DURANTE GLI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO
SOPRA INDICATI O DICHIARATI NEGLI ANNI PRECEDENTI**

A.S.L / ENTI	Località e/o Presidio e/o Distretto	DAL	AL	Ore settimanali di incarico

REGIONE PIEMONTE
COMITATO CONSULTIVO ZONALE DI ASTI
(ART . 24 ACN 29.07.2009)
SEDE PRESSO ASL AT - VIA CONTE VERDE 125 -
TELEF 0141 484409 – FAX 0141 484495

Ai fini del punteggio per l'attività professionali le ore vengono calcolate automaticamente con la sottrazione di quelle relative ai periodi di assenza.

☐ art. 40 incarichi di sostituzione inferiore al mese

(per gli incarichi di sostituzione inferiore al mese, occorre indicare il totale delle ore lavorate nel periodo, rilevate dai cedolini di pagamento).

A.S.L / ENTI	Località e/o Presidio e/o Distretto	DAL	AL	Totale ore lavorate nel periodo

L'omissione o l'incompletezza dei dati comporteranno la non attribuzione dei relativi punteggi. L'autocertificazione dovrà, pertanto, indicare esattamente tutte le informazioni richieste relative agli incarichi svolti. **Le dichiarazioni sostitutive rese con la presente domanda qualora risultassero difformi rispetto a quelle presentate negli anni precedenti, ad eccezione delle dichiarazioni relative ai periodi di assenza, comporteranno l'effettuazione di controlli sulla loro veridicità ai sensi dell'art. 71 D.P.R. 445/2000.**

La/Il sottoscritta/o, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, afferma che quanto sopra corrisponde al vero.

Data _____

Firma per esteso _____

**R E G I O N E P I E M O N T E
COMITATO CONSULTIVO ZONALE DI ASTI
(ART . 24 ACN 29.07.2009)
SEDE PRESSO ASL AT - VIA CONTE VERDE 125 -
TELEF 0141 484409 – FAX 0141 484495**

**MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
PER L'INSERIMENTO NELLE GRADUATORIE AREA MEDICI / PROFESSIONISTI
EX ART. 21 DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE DEL 29/07/09**

Egregia/o Dottoressa/Dottore,

con la presente La informiamo che i dati oggetto della domanda di inclusione nella graduatoria saranno utilizzati, anche con strumenti informatici, ad uso interno per i fini istituzionali di cui all'art. 21 dell'Accordo Collettivo Nazionale del 29/07/09.

Il Titolare del trattamento dei dati è il Legale Rappresentante dell'A.S.L. AT, il Direttore Generale Dott.ssa Ida GROSSI. Il Responsabile del trattamento è il Presidente del Comitato Zonale, Dott.ssa Emma ZELASCHI.

Lei ha diritto a conoscere i dati trattati, e di rettificare, aggiornare, integrare i dati e di opporsi al trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n.196/2003.

I dati anagrafici contenuti nella domanda e i recapiti telefonici potranno altresì essere forniti alle AA.SS.LL. ed agli altri Enti firmatari, al fine di consentire agli stessi le procedure di assegnazione dirette di eventuali incarichi. Per la trasmissione di tali dati si richiede esplicito consenso. In caso di mancato consenso verrà trasmesso alle AA.SS.LL. ed agli Enti Firmatari il solo dato pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione, ossia cognome, nome, punteggio e posizione in graduatoria.

La/Il sottoscritta/o Dott.ssa/Dott. _____, nata/o il ___ / ___ / ___
ricevuta comunicazione di quanto sopra

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

la trattazione e la divulgazione dei propri dati personali, con particolare riferimento alla segnalazione del proprio nominativo, indirizzo e recapiti telefonici, alle AA.SS.LL. ed agli Enti firmatari, per i previsti fini di istituto.

R E G I O N E P I E M O N T E
COMITATO CONSULTIVO ZONALE DI ASTI
(ART . 24 ACN 29.07.2009)
SEDE PRESSO ASL AT - VIA CONTE VERDE 125 -
TELEF 0141 484409 – FAX 0141 484495

(data)

(firma)