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

art. 19 dell'Accordo Collettivo Nazionale 31 marzo 2020 per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti Ambulatoriali interni, i veterinari e le altre professionalità (biologi, chimici. psicologi)

Bollo 16 euro

Raccomandata A.R. oppure tramite PEC a:

Primo inserimento ☐ Aggiornamento ☐

AL Comitato Consultivo Zonale della Provincia di _____

c/o l'Azienda Sanitaria di _____

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

il..... Codice Fiscale.....

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

Indirizzo .....n..... Cap.....

tel./cell. .....

PEC ..... email .....

Chiede di essere incluso nella graduatoria

di..... per i medici specialisti ed odontoiatri
di..... per i medici veterinari
di..... per i biologi
di..... per i chimici
di..... per gli psicologi (disciplina di psicologia o psicoterapia)

a valere per l'anno _____ 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, informativa e fotocopia del documento di identità in corso di validità

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata al seguente indirizzo c/o:

.....

....

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	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 .....

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).
Firma apposta alla presenza di _____
con identificazione del dichiarante mediante_____

Il funzionario

_____