

BOLLO

14,62 EURO

PARTE PRIMADOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA **anno 2010** Art. 21 A. C. N. del 23.3.2005**Biologi, Chimici e Psicologi****AL COMITATO ZONALE DI RIETI
(Viale Matteucci,9 -02100 RIETI)**

Il sottoscritto Dott. (cognome)..... (nome).....
nato a.....(prov.....) **il**.....**M**__ **F**__ **C.F.**.....
Comune di residenza.....(prov.....)
Via/Piazza.....**n**.....**CAP**.....**tel**.....**cell**.....
Recapito professionale nel Comune di.....(prov.....)
Via/Piazza.....**n**..... **CAP** **tel**.....

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

- 1.** la propria residenza SI NO
- 2.** il domicilio: Via/P.za.....n..... CAP.....Comune.....(prov.....)
 Data.....Firma per esteso.....

Chiede di essere incluso nella graduatoria

-secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali, Medici Veterinari ed altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi), ex art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni-

di..... (biologia) **per i biologi****di**..... (chimica) **per i chimici****di**..... (psicologia o psicoterapia*) **per gli psicologi*****n.b. trasmettere una domanda per ogni disciplina**

a valere per **l'anno 2010**, relativa alla **Provincia di Rieti**
 Nel cui ambito territoriale intende ottenere incarico ambulatoriale.

A tal fine acclude 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
- c)** **fotocopia del documento di identità in corso di validità**

Avvertenze

1) La presente domanda (con allegata autocertificazione informativa) in regola con le vigenti leggi in materia di **imposta di bollo** deve essere spedita a mezzo raccomandata A. R. al competente ufficio del Comitato Zonale di Roma - Via Monza, 2 (00182) Roma -entro e non oltre il **31 gennaio** di ogni anno- **già sottoscritta dall'interessato ed accompagnata da fotocopia, non autenticata, di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.**

2) 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.

PARTE SECONDA

Biologi, Chimici e Psicologi

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott. (cognome)..... (nome)..... nato
 a.....(prov.....) ilCodice Fiscale.....
 Comune di residenza (prov.....)
 Indirizzo: Via/Piazza.....N..... CAP.....
 Telefono.....Cell.....indirizzo e-mail.....

DICHIARA, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, T. U. disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa:

1. **di essere laureato in**(biologia, chimica, o psicologia) presso l'Università di
in data/...../.....**con voto (indicare se con lode)**...../110 e.....
2. **di essere abilitato all'esercizio della professione di**(biologo, chimico, o psicologo) nella sessionepresso l'Università di.....
3. **di essere iscritto all'Albo professionale**
 dei/gli.....(Biologi, Chimici o Psicologi) c/o l'Ordine 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**.....
5. **Per gli psicologi è titolo valido per la disciplina di psicoterapia anche la psicoterapia riconosciuta ai sensi degli artt. 3 e 35 della legge n. 56/89**
 -di essere in possesso del titolo di:
Psicoterapia riconosciuta ex art. 35 legge 56/89
autorizzazione dall'Ordine degli Psicologi della Regione.....**in data**...../...../.....
Psicoterapia conseguita ex art. 3 legge 56/89 in data...../...../..... **con voto**.....
Presso.....
6. **di essere in possesso dei seguenti dottorati di ricerca:**
 incon Decreto Ministeriale del
 incon Decreto Ministeriale del
 incon Decreto Ministeriale del
 incon 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.

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

In caso affermativo, specificare il provvedimento disciplinare:

.....

(1) cancellare la parte che non interessa

8. DI ESSERE NELLA SEGUENTE POSIZIONE:

A. AVERE UN RAPPORTO DI LAVORO SUBORDINATO PRESSO QUALSIASI ENTE PUBBLICO O PRIVATO CON DIVIETO DI LIBERO ESERCIZIO PROFESSIONALE	SI	NO
B. SVOLGERE ATTIVITA' DI MEDICO DI MEDICINA GENERALE CONVENZIONATO	SI	NO
C. ESSERE ISCRITTO NEGLI ELENCHI DEI MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA	SI	NO
D. ESERCITARE LA PROFESSIONE MEDICA CON RAPPORTO DI LAVORO AUTONOMO RETRIBUITO FORFETARIAMENTE PRESSO ENTI O STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE O PRIVATE NON APPARTENENTI AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE CHE NON ADOTTINO LE CLAUSOLE NORMATIVE ED ECONOMICHE DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE	SI	NO
E. OPERARE A QUALSIASI TITOLO IN CASE DI CURA CONVENZIONATE O ACCREDITATE CON IL S.S.N. (IN CASO AFFERMATIVO INDICARE L'AZIENDA:)	SI	NO
F. SVOLGERE ATTIVITA' FISCALI PER CONTO DI AZIENDE (IN CASO AFFERMATIVO INDICARE L'AZIENDA:)	SI	NO
G. ESSERE 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	SI	NO
H. ESSERE 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	SI	NO
I. OPERARE 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	SI	NO
L. ESSERE 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	SI	NO
M. PERCEPIRE INDENNITA' DI RISCHIO IN BASE AD ALTRO RAPPORTO LAVORATIVO (IN CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA INDICARE IL TIPO DI ATTIVITA' SVOLTA.....E LA MISURA DELL'INDENNITA' PERCEPITA.....)	SI	NO

DICHIARA ALTRESI'

N.B.: riportare solo i dati non già dichiarati ed in ordine strettamente cronologico.

9. di avere svolto la seguente attività professionale in qualità di _____ **(Biologo/ Chimico/Psicologo) con regolare contratto di lavoro retribuito**, 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...../...../.....pressoper n.ore sett.li.....

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

Dal...../...../..... al...../...../.....pressoper n.ore sett.li.....

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

Dal...../...../..... al...../...../.....pressoper n.ore sett.li.....

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

Dal...../...../..... al...../...../.....pressoper n.ore sett.li.....

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

10. di aver svolto la seguente attività professionale in qualità di **volontario**.....**(Biologo / Chimico / Psicologo)** presso strutture pubbliche:

N.B. Tale attività deve risultare regolarmente deliberata dall'Ente di cui trattasi

Dal...../...../..... al...../...../..... presso l'Ente servizio di.....con la qualifica di.....delib. n.....del.....

Dal...../...../..... al...../...../..... presso l'Ente servizio di.....con la qualifica di.....delib. n.....del.....

Dal...../...../..... al...../...../..... presso l'Ente servizio di.....con la qualifica di.....delib. n.....del.....

(i dati incompleti non saranno valutati)

11. di aver frequentato i seguenti corsi di perfezionamento o aggiornamento, di durata **non inferiore a 30 ore o a giorni 4, formalmente documentati con attestazione di frequenza da allegare alla domanda**, in una delle discipline della **Biologia / Chimica / Psicologia**:

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

Corso in.....seguito dal...../...../..... al...../...../..... per complessive Ore / giorni / anni.....presso.....rif. allegato n.....

Corso in.....seguito dal...../...../..... al...../...../..... per complessive Ore / giorni / anni.....presso.....rif. allegato n.....

Corso in.....seguito dal...../...../..... al...../...../..... per complessive Ore / giorni / anni.....presso.....attestato allegato n.....

IMPORTANTE

In caso di spazio insufficiente fotocopiare il prospetto e allegarlo in aggiunta alla presente pagina 4, NON SARANNO VALUTATI i dati riportati su documentazione allegata se non già dichiarati sul modello di domanda con le modalità richieste e IN MODO LEGGIBILE.

12. di aver conseguito idoneità in pubblico concorso in qualità di(biologo, chimico o psicologo)
(valutabile solo la prima idoneità)

Concorso a.....
presso.....anno.....

13. di essere iscritto all'Ordine Nazionale/Regionale/Provinciale..... dei **Biologi / Chimici / Psicologi**
a decorrere dal.....

NOTE (2)

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

(2) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste o per fornire ulteriori notizie.

ATTENZIONE

LA DOMANDA, IN REGOLA CON LE VIGENTI LEGGI IN MATERIA DI **IMPOSTA DI BOLLO**, DEVE ESSERE SPEDITA **A MEZZO RACCOMANDATA A.R.** AL COMPETENTE UFFICIO DEL COMITATO ZONALE, ENTRO E NON OLTRE IL **-31 GENNAIO DI OGNI ANNO-** GIÀ **SOTTOSCRITTA DALL'INTERESSATO ED ACCOMPAGNATA DA FOTOCOPIA, NON AUTENTICATA, DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ DEL SOTTOSCRITTORE.**

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale, come richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, afferma che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero.

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 10 della legge 675/96 e successive modificazioni, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Allega copia fotostatica del documento di identità in corso di validità

(data)

(firma per esteso)

Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 10 della legge 31 dicembre 1996, n. 675 e succ. modif. integr. nonché in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo di quanto segue:

1. Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento, da parte di questo Comitato Zonale, della formazione della graduatoria cui la S.V. ha presentato domanda.
2. Il trattamento viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici e/o cartacei;
3. Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, in caso di rifiuto, Ella non potrà essere inserito nella graduatoria di cui trattasi;
4. I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione;
5. L'art. 13 della citata legge Le conferisce l'esercizio di specifici diritti in relazione al trattamento dei dati personali;
6. Titolare del trattamento dei dati è il Direttore Generale della Azienda Sanitaria Locale RM/C Via dell'Arte, 68 (00144) Roma.