

BOLLO

14,62 EURO

PARTE PRIMADOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA **anno 2010** Art. 21 A. C. N. del 23.3.2005**Medici Veterinari****AL COMITATO ZONALE DI RIETI
(Viale Matteuci,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.....

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 per i medici veterinari

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

di : **Sanità Animale** di : **Igiene della Produzione, Trasformazione, Commercializzazione Conservazione e Trasporto degli Alimenti di Origine Animale e loro derivati** di : **Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche**

(n.b. trasmettere una domanda per ogni specialità)

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

Avvertenze1) 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

Medici Veterinari**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 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa):

1. di essere laureato in Medicina Veterinaria **con voto (indicare se con lode)**/110 e.....
 presso l'Università di.....**in data**/...../.....
2. di essere abilitato all'esercizio della professione di Medico Veterinario nella sessione.....
 presso l'Università di.....
3. di essere **iscritto all'Albo professionale** dei Medici Veterinari c/o l'Ordine provinciale/regionale 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**.....
 - **in**.....**conseguita il**/...../.....
 presso l'Università di..... **con voto**.....
 - **in**.....**conseguita il**/...../.....
 presso l'Università di..... **con voto**.....
5. di essere in possesso dei seguenti **dottorati di ricerca**:
 - incon Decreto Ministeriale del
 - incon Decreto Ministeriale del
 - incon Decreto Ministeriale del

6. 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

7. 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. 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
C. 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
D. 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
E. 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

8. **di avere svolto la seguente attività professionale in qualità di medico veterinario con regolare contratto di lavoro retribuito** presso Strutture del S.S.N., Comuni, Regioni, Istituti Universitari, Istituti zooprofilattici, Enti equiparati ai sensi di legge, Enti ed Istituti pubblici di Ricerca.
(attività valutabile fino al 31.12.2008 - per ciascuna ora di attività svolta = punti 0,003)

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

- **specificare un totale ore annuo per ogni Amministrazione:**

Pressonel servizio di.....
con la qualifica di..... **Anno**..... **ore tot. annuo**.....
Pressonel servizio di.....
con la qualifica di..... **Anno**..... **ore tot. annuo**.....
Pressonel servizio di.....
con la qualifica di..... **Anno**..... **ore tot. annuo**.....
Pressonel servizio di.....
con la qualifica di..... **Anno**..... **ore tot. annuo**.....
Pressonel servizio di.....
con la qualifica di..... **Anno**..... **ore tot. annuo**.....

- **Per attività svolta a prestazione indicare il periodo (giorno/mese/anno):**

dal...../...../..... al...../...../..... presso.....nel
 servizio di.....con la qualifica di.....
 dal...../...../..... al...../...../..... presso.....nel
 servizio di.....con la qualifica di.....
 dal...../...../..... al...../...../..... presso.....nel
 servizio di.....con la qualifica di.....
 dal...../...../..... al...../...../..... presso.....nel
 servizio di.....con la qualifica di.....
 dal...../...../..... al...../...../..... presso.....nel
 servizio di.....con la qualifica di.....

(in caso di spazio insufficiente fotocopiare il prospetto e allegarlo alla domanda)

Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità di quanto dichiarato, si invita ad allegare copia fotostatica dei certificati di servizio.

N.B. In caso di attività svolta in altra regione, indicare con precisione l'amministrazione competente, indirizzo completo e telefono; elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni utili ad accertare la veridicità della dichiarazione prodotta (così come previsto all'art.43, c.1, del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, in materia di documentazione amministrativa):

Ente	Via	n.	c.a.p.	Comune	tel.
Ente	Via	n.	c.a.p.	Comune	tel.
Ente	Via	n.	c.a.p.	Comune	tel.

NOTE (2)

.....

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

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)

A T T E N Z I O N E

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.

Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 10 della legge 31 dicembre 1996, n. 675 e successive modificazioni e integrazioni 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.