

BOLLO

14,62 EURO

PARTE PRIMADOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA **anno 2010** Art. 21 A. C. N. del 23.3.2005**Medici Specialisti**

AL COMITATO ZONALE DI RIETI
c/o ASL 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.....
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 ed altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi), ex art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni-

di.....(branca specialistica)

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 Rieti – Viale Matteucci, 9 (02100) Rieti – 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 Specialisti**AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA**

Il sottoscritto Dott. (cognome)..... (nome)..... nato
 a.....(prov.....) ilCodice Fiscale.....
 Comune di residenza (prov.....)
 Indirizzo Via.....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 e Chirurgia o Odontoiatria) **in data** .../.../.....
 presso l'Università di..... **con voto (indicare se con lode)**...../110 e.....
2. di essere abilitato all'esercizio della professione di(medico chirurgo
 o odontoiatra) nella sessione presso l'Università
 di.....
3. di essere **iscritto all'Albo professionale**
 - dei(Medici Chirurghi) presso l'Ordine provinciale di.....**dal** .../.../.....
 - degli(Odontoiatri) presso l'Ordine provinciale 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**.....
5. di essere in possesso delle seguenti libere docenze:
 - 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. 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 PRESID, 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

8. di avere svolto la seguente attività professionale come **sostituto, incarico provvisorio e a tempo determinato in qualità di specialista ambulatoriale, ai sensi dell'A.C.N. del 23.3.2005**, nella **branca principale di**
 (valutabile dal 2 ottobre 2000 al 31.12.2008) – punti **0,003 per ciascuna ora di attività svolta** –

- specificare un totale ore annuo per ogni ASL:

Branca.....	ASL	anno	2008	ore tot. annuo.....
Branca.....	ASL.....	anno	2008	ore tot. annuo.....
Branca.....	ASL.....	anno	2008	ore tot. annuo.....
Branca.....	ASL.....	anno	2008	ore tot. annuo.....
Branca.....	ASL.....	anno	2008	ore tot. annuo.....
Branca.....	ASL.....	anno	2008	ore tot. annuo.....
Branca.....	ASL.....	anno	2008	ore tot. annuo.....
Branca.....	ASL.....	anno	2008	ore tot. annuo.....
Branca.....	_____	anno	2008	ore tot. annuo.....
Totale generale 2008 =			

Altri periodi da dichiarare -se non già dichiarati- anni precedenti:

Branca.....	ASL.....	anno.....	ore tot. annuo.....
Branca.....	ASL.....	anno.....	ore tot. annuo.....
Branca.....	ASL.....	anno.....	ore tot. annuo.....
Branca.....	ASL.....	anno.....	ore tot. annuo.....
Branca.....	ASL.....	anno.....	ore tot. annuo.....
Branca.....	ASL.....	anno.....	ore tot. annuo.....
Branca.....	_____	anno.....	ore tot. annuo.....

Riscontro Totale Generale anni precedenti:

ore totali x anno : _____ _____ _____ _____ _____
 200_ 200_ 200_ 200_ 200_

(Riportare solo i dati non già dichiarati gli anni precedenti)

(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):

ASL	Via	n.	c.a.p.	Comune	(prov.)	Tel.	_____
ASL	Via	n.	c.a.p.	Comune	(prov.)	Tel.	_____
ASL	Via	n.	c.a.p.	Comune	(prov.)	Tel.	_____

NOTE (2)

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

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

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.

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 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.**