



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

COMITATO CONSULTIVO ZONALE EX – ART. 24 - POTENZA

Marca da Bollo di € 14,62

Agenzia delle Entrate
18/02/2010 – prot. 954, 19608/2010

ALLEGATO B

PARTE PRIMA

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

Art. 21 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali, i veterinari e le altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi)

AL COMITATO ZONALE DI POTENZA

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ (prov. ____)
(cognome e nome)

il _____ Sesso: M __o F__ Codice Fiscale

Comune di Residenza _____ (Prov. ____) Indirizzo: _____ n. _____

Cap. _____ - telefono _____ cell. _____

Recapito Professionale nel Comune di _____ (Prov. ____) Indirizzo: _____ n. _____

Cap. _____ - telefono _____

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 smi.
(Branca Specialistica)

di _____ per medici specialisti ed odontoiatri

di _____ per medici veterinari

di _____ per biologi

di _____ per chimici

di _____ per gli psicologi (disciplina di psicologia o psicoterapia)

a valere per l'anno _____ relativa alla provincia di POTENZA nel cui ambito territoriale intende ottenere l'incarico.

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 (numerati con dichiarazione firmata di conformità agli originali).
- c) copia fotostatica di un documento di riconoscimento*
- d) altro: _____

Inoltre, chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

la propria residenza; il recapito Professionale sopraindicato; il sottoindicato domicilio:
_____ n. _____ Comune _____ (Prov. ____) Cap. _____

Data _____ Firma per esteso _____

Avvertenze importanti:

- I documenti comprovanti il possesso dei titoli dichiarati devono essere in regola con le norme sull'imposta di bollo e le disposizioni di legge vigenti.
- 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.
- *Se la domanda è presentata personalmente al competente Ufficio del Comitato Zonale (Corso Umberto 22/A – oppure Via della Pineta – 85100 – Potenza), la firma deve essere apposta all'atto della sua presentazione, avanti al dipendente addetto a riceverla. Se, viceversa, la domanda è presentata da un terzo o inviata per posta, deve essere già sottoscritta dall'interessato ed accompagnata dalla fotocopia non autenticata di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.



AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____ (prov. ____)
(cognome e nome)

il _____ Sesso: M ___ o F___ **Codice Fiscale**

Comune di Residenza _____ (Prov. ___) **Indirizzo:** _____ n. _
Cap. _____ - telefono _____ cell. _____

Recapito Professionale nel Comune di _____ (Prov. ___) **Indirizzo:** _____ n. _
Cap. _____ - telefono _____

Dichiara, ai sensi ed agli effetti della legge n. 15/68 e s.m.i.

1. di possedere il diploma di laurea (DL) ovvero la laurea specialistica (LS) della classe corrispondente in _____ (medicina e chirurgia o odontoiatria e protesi dentaria, o medicina veterinaria, o biologia, o chimica, o psicologia) con voto _____/110 (DL) _____/ 100 (LS) conseguito/a presso l'Università di _____ in data _____
2. di essere abilitato all'esercizio della professione di _____ (medico e chirurgo o odontoiatra, o medico veterinario, o biologo, o chimico, o psicologo) nella sessione _____ presso l'Università di _____
3. di essere iscritto all'Albo Professionale _____ (dei medici chirurghi o degli odontoiatri, o dei veterinari, o dei biologi, o dei chimici, o degli psicologi) presso 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 _____
5. 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:

6. di essere nella seguente posizione:

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

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

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

d) 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 Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole normative ed economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente;

e) operare / non operare (1) a qualsiasi titolo in case di cura convenzionate o accreditate con il S.S.N. – in caso affermativo, indicare l'Azienda _____

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



COMITATO CONSULTIVO ZONALE EX – ART. 24 - POTENZA

g) essere / non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e s.m.i. o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.L.vo n. 502/92 e successive modifiche e integrazioni (s.m.i.);

h) 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 s.m.i., o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lvo n. 502/92 e s.m.i.;

i) 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.L.vo n. 229/99;

l) essere / non essere (1) titolare di incarico nei servizi di guardia medica ai sensi del D.P.R. n. 292/87 e s.m.i. o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e s.m.i.

m) 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 _____

7) di avere svolto la seguente attività professionale nella branca o area professionale, come sostituto, incarico provvisorio e a tempo determinato:

Branca o area professionale	presso (2)	ore	sett.	dal	al
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

NOTE (3)

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.

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.