

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA ANNO 2027**Medici Specialisti Ambulatoriali Interni e Medici Véterinari**

art. 19 dell'Accordo Collettivo Nazionale 04 aprile 2024

per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni ed i veterinari

 Primo inserimento **Aggiornamento****Ultima domanda presentata per l'anno** _____

Marca da bollo
da annullare
come da norme
vigenti
€ 16,00

Alla A.S.P di PALERMO

**U.O.C. Specialistica Ambulatoriale
Interna ed Esterna
Via La Loggia, 5
90129 PALERMO
specialisticainternacp.pec@asppa.it**

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____

nato/a il _____ a _____ (Prov. _____)

M F Codice Fiscale _____

Comune di residenza _____ (Prov. _____)

Indirizzo Via/Piazza/CORSO _____ n. _____ Cap. _____

Telefono _____

P.E.C. _____

CHIEDE DI ESSERE INCLUSO NELLA GRADUATORIA DEI: **MEDICI SPECIALISTI ED ODONTOIATRI: BRANCA DI** _____ **MEDICI VETERINARI:** **BRANCA Sanità Animale (AREA A)** **BRANCA Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione,
conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (AREA B)** **BRANCA Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (AREA C)***(Presentare una domanda per ogni singola branca e/o area)*

a valere per l'anno **2027** relativamente all'ambito zonale di **PALERMO** nel cui territorio intende ottenere l'incarico.

Inoltre esprime la propria disponibilità indisponibilità (*barrare la voce che interessa*) ad essere inserito nelle graduatorie di cui al comma 12 dell'art. 19 del vigente A.C.N. (*graduatorie di specialisti e veterinari disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione*).

A tale fine acclude autocertificazione, relativa ai requisiti ed ai titoli valutabili ai fini della graduatoria.

Chiede che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo di posta elettronica certificata (PEC)

Data _____

Firma per esteso _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO
ai sensi ed agli effetti degli artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (prov._____) il _____

M F Codice Fiscale _____

Comune di residenza. _____ (prov._____)

Indirizzo _____ n° _____ Cap _____

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiero, 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 degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:

di essere cittadino/a italiano/a;
 di essere cittadino/a di altro Paese appartenente alla U.E. (*specificare*) _____

di possedere il diploma di laurea (DL) in _____
(*medicina e chirurgia - odontoiatria e protesi dentaria - medicina veterinaria*):

diploma di laurea con voto _____/110 senza lode con lode, conseguito presso

l'Università di _____ in data. ____/____/____;

di essere abilitato/a all'esercizio della professione di. _____
(*medico chirurgo - odontoiatra - medico veterinario*)

nella sessione _____ presso l'Università di _____;

essere iscritto/a all'Albo professionale dei/degli _____
(*medici chirurghi - odontoiatri - veterinari*)

presso l'Ordine provinciale/regionale/nazionale di _____ dal _____.

di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:

in _____ conseguita il ____/____/____

presso l'Università di _____ con voto _____ senza lode con lode

in _____ conseguita il ____/____/____

presso l'Università di _____ con voto _____ senza lode con lode

in _____ conseguita il ____/____/____

presso l'Università di _____ con voto _____ senza lode con lode

di essere in possesso del titolo della certificazione regionale attestante quanto previsto dall'art.1, comma 522 della L. 30 dicembre 2018, n.145 (titolo valido per l'inserimento nella graduatoria relativamente alla branca di Cure palliative sulla base dei requisiti previsti da Decreto del ministero della salute 30 giugno 2021), rilasciato dalla Regione _____ il _____ (ALLEGARE)

di fruire 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 fruire di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;

di essere di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale o veterinario nella branca specialistica o area di cui alla presente istanza (art. 19 comma 6 A.C.N.);

DICHIARA, ALTRESI',

ai sensi ed agli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

di avere effettuato la seguente attività professionale per sostituzioni, incarichi provvisori e/o a tempo determinato nella branca di: _____ a favore di Aziende

Sanitarie e altre Istituzioni pubbliche (INPS, INAIL, Ministero della Difesa, SANS,ecc) **che applicano le norme dell'A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, medici veterinari ed altre professionalità sanitarie** (indicare il servizio svolto fino al 31 dicembre dell'anno precedente):

A.S.P./ ENTI	Località e/o Presidio e/o Distretto Via/P.zza/CORSO - Provincia - Telefono	Totale ore svolte	Dal	Al

(solo per gli specialisti cessati dall'incarico a tempo indeterminato secondo l'A.C.N.): di aver svolto la seguente attività professionale nella branca di: _____, a tempo indeterminato (indicare il servizio svolto fino al 31 dicembre dell'anno precedente):

di aver assolto al pagamento dell'**imposta di bollo** di € 16,00 dovuta , tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo presente sulla presente istanza, identificata come segue:

- **DATA E ORA DI EMISSIONE** _____
 - **IDENTIFICATIVO n.** _____
- di conservare l'originale della domanda, trasmessa via PEC, con apposta la marca da bollo per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione richiedente.
- di aver preso visione delle istruzioni.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere informato/a, 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 domanda deve essere sottoscritta e trasmessa, apponendo la marca da bollo annullata, unitamente alla copia del documento di identità in corso di validità (D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)
(*Annnullare la marca da bollo apponendo la firma sulla marca stessa e parte sul foglio*)

La domanda è valida per l'inclusione in una singola branca.

Nel caso l'interessato sia in possesso di due o più titoli di specializzazione che consentano l'inclusione in più graduatorie, occorre presentare domande separate.

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03 e in relazione ai dati personali oggetto di trattamento:

1. *Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento della formazione della graduatoria valida per l'anno 2025 Il trattamento viene effettuato avvalendosi sia di strumenti cartacei che informatici.*
2. *Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, **in caso di rifiuto, la S.V. non potrà essere inserita in detta graduatoria.***
3. *I dati personali saranno pubblicati sulla GURS e sul sito istituzionale dell'ASP Palermo*
4. *L'art. 7 del citato Decreto conferisce alla S.V. l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati; di opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati personali.*
5. *Il Titolare del trattamento dei dati è l'ASP Palermo.*