

BOLLO

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA

Art. 21 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti Ambulatoriali ed altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi) del 23/3/05

RISERVATA AI MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI

AL COMITATO ZONALE DI _____

Il sottoscritto Dott. _____, nato a _____ (prov. _____)
il _____ M _____ F _____, Codice Fiscale _____
Comune di residenza _____ (prov. _____), Via _____ n. _____
Cap. _____ Telefono _____
Recapito professionale nel Comune di _____ (prov. _____)
Via _____ 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 ed altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi), ex art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni di _____ per i Medici Specialisti ed Odontoiatri

a valere per l'anno _____, relativa alla Provincia di _____ 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.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

la propria residenza;

il domicilio sottoindicato:

c/o _____ Comune _____ Prov. _____
Via _____ n. _____ 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, 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. _____)
il _____ M _____ F _____, Codice Fiscale _____
Comune di residenza _____ (prov. _____), Via _____ n. _____
Cap. _____ Telefono _____
Recapito professionale nel Comune di _____ (prov. _____)
Via _____ n. _____ Cap. _____ Telefono _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000

DICHIARA
(DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE)
(art. 46 DPR 445/2000)

1. di essere laureato in _____ (medicina e chirurgia o odontoiatria) con voto _____ presso l'Università di _____ in data _____;
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 o degli odontoiatri) presso l'ordine Provinciale/Regionale di _____ dal _____;
4. di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:
in _____ conseguita il _____ c/o l'Univ. di _____ con voto _____
in _____ conseguita il _____ c/o l'Univ. di _____ con voto _____
in _____ conseguita il _____ c/o l'Univ. di _____ con voto _____
in _____ conseguita il _____ c/o l'Univ. di _____ con voto _____
5. di essere in possesso delle seguenti libere docenze:
in _____ con Decreto Ministeriale del _____
in _____ con Decreto Ministeriale del _____
in _____ con Decreto Ministeriale del _____
in _____ con Decreto Ministeriale del _____
6. di essere in possesso dei seguenti dottorati di ricerca:
in _____ con Decreto Ministeriale del _____
in _____ con Decreto Ministeriale del _____
in _____ con Decreto Ministeriale del _____
in _____ con Decreto Ministeriale del _____

DICHIARA ALTRESI'
(DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA')
(Art. 47 DPR 445/2000)

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 di _____;

In caso affermativo, specificare il provvedimento disciplinare: _____;

8. di essere nella seguente posizione:

- a) 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 forfetariamente presso enti o strutture pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole normative ed economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale;
- 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 _____);
- g) essere/non essere (1) 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;
- 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 successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lvo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
- 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;
- j) essere/non essere (1) 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.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
- k) 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 _____);

9. di avere svolto la seguente attività professionale nella branca, come sostituto, incarico provvisorio e a tempo determinato: (non è valutabile il servizio effettuato precedentemente l'anno 2000)

Branca _____ c/o * _____ ore sett. _____ dal _____ al _____

Branca _____ c/o * _____ ore sett. _____ dal _____ al _____

Branca _____ c/o * _____ ore sett. _____ dal _____ al _____

Branca _____ c/o * _____ ore sett. _____ dal _____ al _____

Branca _____ c/o * _____ ore sett. _____ dal _____ al _____

Branca _____ c/o * _____ ore sett. _____ dal _____ al _____

Branca _____ c/o * _____ ore sett. _____ dal _____ al _____

* Aziende Sanitarie o altre strutture pubbliche, specificare quali.

NOTE (2)

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. n. 196/03, 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) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste