

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA ANNO 2024

Specialisti Ambulatoriali, Veterinari

art. 19 dell'Accordo Collettivo Nazionale 20 maggio 2021

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
come da norme
vigenti
€ 16,00

Alla A.S.P 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. _____ e-mail _____

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)

a valere per l'anno **2024** 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:

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.**

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 veritiere, 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 dell'art. 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 _____;

- 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 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;

DICHIARA, ALTRESI',

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'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, medici veterinari ed altre professionalità sanitarie:**

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

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

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 sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione **ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità** (art. 38 del D.P.R. n. 445/2000).

Firma apposta alla presenza di _____

con identificazione del dichiarante mediante _____

Il funzionario _____

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 2024. 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.*