

**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA ANNO 2020**

**Specialisti Ambulatoriali, Veterinari**

art. 17 dell'Accordo Collettivo Nazionale 17 dicembre 2015  
per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, i veterinari

**Primo inserimento**

**Aggiornamento**

Ultima domanda presentata per l'anno \_\_\_\_\_

Marca da  
bollo come da  
norme vigenti  
€ 16,00

**AL COMITATO CONSULTIVO ZONALE TRAPANI  
VIA CESARO', 125  
91016 ERICE (TP)**

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)**

(Presentare una domanda per ogni singola branca e/o area)

a valere per l'anno **2020** relativamente all'ambito zonale di **TRAPANI** nel cui territorio intende ottenere l'incarico.

A tale fine acclude autocertificazione, relativa ai requisiti ed ai titoli valutabili ai fini della graduatoria e copia della carta d'identità.

Chiede che ogni comunicazione sia inviata al seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma per esteso \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO  
ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del 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 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);  la laurea specialistica (LS) della classe corrispondente 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...../...../.....;

➤ laurea specialistica/magistrale con voto ...../100  senza lode  con lode conseguita  
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

*(Avvertenza importante - Nel caso l'interessato sia in possesso di due o più titoli di specializzazione che consentano l'inclusione in più graduatorie, occorre presentare **specifiche domande separate.**)*

- 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 non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;
- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale o veterinario con massimale orario pari a 38 ore settimanali;

DICHIARA

di avere effettuato le sotto indicate ore di attività come sostituto, incaricato provvisorio o incaricato a tempo determinato nella branca o area professionale di:\_\_\_\_\_ (\*\*)

**(\*\*)NOTA BENE: NON devono essere indicati gli incarichi di dipendenza o le sostituzioni di dipendenza, né le borse di studio, né le consulenze svolte come libera professione, ma solo l'attività convenzionale resa ai sensi dell'Accordo Collettivo nazionale Specialisti Ambulatoriali Interni presso Aziende Sanitarie e istituzioni pubbliche che applicano il suddetto ACN (INAIL, INPS, Ministero della Difesa, SASN...)**

**Le ore di attività svolte a seguito di conferimento di incarico regolato da norme diverse da quelle previste dall'A.C.N. vigente NON saranno valutate ai fini del punteggio.**

**Ciascuno specialista/professionista deve indicare solo le ore di attività espletate nella branca di cui è in possesso del relativo titolo di specializzazione effettuate fino al 31 dicembre dell'anno precedente.**

**Nel caso di più titoli di specializzazione, inserire unicamente l'attività svolta nell'area o branca per la quale si presenta la domanda.**

**Le ore di attività svolte negli anni antecedenti il 2015 vanno inserite solo nel caso in cui NON siano già state inserite nelle domande relative agli anni precedenti.**

**Per coloro che hanno già presentato domande negli anni precedenti si terrà conto di quanto già dichiarato con l'ultima domanda presentata relativa all'anno che dovrà essere indicato nell'apposito campo in intestazione alla presente istanza**

**Non inviare curriculum vitae, pubblicazioni, dottorati, borse di studio, attestati di master e/o volontariato.**

**Per l'attività svolta, indicare nella sottostante tabella con precisione l'Amministrazione competente, indirizzo completo e telefono, elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni utili ad accertare la veridicità delle dichiarazioni prodotte (art. 43, comma 1, D.P.R. n. 445 del 28/12/2000).**



## **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 2018. 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 di Trapani*
- 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 di Trapani.*

### INFORMATIVA

- **La domanda, in bollo, deve essere spedita a mezzo raccomandata A/R o consegnata a mano e non per PEC al competente ufficio dell'Azienda sede del Comitato Zonale entro e non oltre il 31 Gennaio di ciascun anno;**
- Se la domanda è presentata personalmente al competente ufficio dell'Azienda 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.
- Per l'accoglimento della domanda farà fede il timbro postale o il timbro apposto sulla domanda dall'ufficio competente se consegnata a mano. La ricevuta rilasciata dall'ufficio postale o dall'Azienda Sanitaria, se consegnata a mano, saranno gli unici documenti validi da produrre in caso di smarrimento della domanda
- **L'omissione o l'incompletezza dei dati comporteranno la non attribuzione dei relativi punteggi. L'autocertificazione dovrà pertanto indicare esattamente il numero delle ore di attività svolte, il periodo di svolgimento e l'Azienda/Ente presso la quale è stata svolta l'attività.**
- **Si fa presente che l'ufficio del Comitato zonale riceve tutti i giovedì dalle ore 9.00 alle 13.00 e dalle 15.00 alle 17.30.**