

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

Art. 17 dell'Accordo Collettivo Nazionale 17 dicembre 2015 per la disciplina dei rapporti con  
gli specialisti ambulatoriali interni, i veterinari e le altre professionalità  
(biologi, chimici, psicologi)

**Primo inserimento**

**Aggiornamento**

Marca da  
bollo  
€ 16,00

Invio con **RACCOMANDATA A.R. a:**  
AZIENDA SEDE DEL COMITATO ZONALE  
c/o Azienda ULSS N. 1 DOLOMITI  
Via Feltre n. 57  
**32100 BELLUNO**

Invio con **Posta Elettronica Certificata (PEC):**  
[protocollo.aulss1@pecveneto.it](mailto:protocollo.aulss1@pecveneto.it)

Il sottoscritto ....., nato a .....  
(prov. ....) il ..... M\_F\_\_Codice Fiscale .....  
Comune di residenza ..... (prov. ....)  
Indirizzo ..... n. .... Cap .....  
Telefono ..... cellulare .....  
PEC\* .....e-mail \* .....

\* **campo obbligatorio**

chiede di essere incluso nella graduatoria dei:

- medici specialisti ed odontoiatri: branca di.....
- medici veterinari: area.....
- biologi
- chimici
- professionisti psicologi
- professionisti psicoterapeuti

a valere per **l'anno 2019** relativamente all'ambito zonale di **BELLUNO** nel cui territorio  
intende ottenere incarico.

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

**Consapevole che ogni comunicazione verrà indirizzata esclusivamente all'indirizzo  
di posta elettronica sopra indicato, si impegna a comunicare tempestivamente  
l'eventuale variazione dei dati comunicati.**

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 sottoscritto ....., nato 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 italiano;
- di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE (*specificare*).....
- di possedere la laurea specialistica (LS) della classe corrispondente in .....  
..... (medicina e chirurgia - odontoiatria e  
protesi dentaria - medicina veterinaria - biologia - chimica - psicologia)  
conseguita con voto ...../110  senza lode  con lode, presso l'Università di .....  
..... in data ...../...../.....;
- di possedere il diploma di laurea (DL) in .....  
conseguita con voto ...../110  senza lode  con lode, presso l'Università di.....  
..... in data ...../...../.....;
- di essere abilitato all'esercizio della professione di..... (medico  
chirurgo - odontoiatra - medico veterinario - biologo - chimico - psicologo) nella  
sessione..... presso l'Università di.....;
- di essere iscritto all'Albo professionale dei/degli..... (medici  
chirurghi - odontoiatri - veterinari - biologi - chimici - psicologi) 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

..... conseguita il...../...../..... presso  
l'Università di..... con voto.....  senza lode  con lode

..... conseguita il...../...../..... presso  
l'Università di..... con voto.....  senza lode  con lode

Psicoterapia riconosciuta ai sensi dell'art. 3 della Legge n. 56/89 conseguita il...../...../..... presso  
l'Istituto ..... con voto.....  senza lode  con lode

Psicoterapia riconosciuta ai sensi dell'art. 35 della Legge n. 56/89 conseguita dall'Ordine Regionale  
degli Psicologi di ..... con Deliberazione n. .... del ...../...../.....

- di  non fruire  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  fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;
- di  non essere  essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario con massimale orario pari a 38 ore settimanali;
- di avere svolto la seguente attività professionale svolta, ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, medici veterinari, professionisti specialisti biologi, chimici, psicologi dopo la data **di conseguimento della specializzazione, nella branca principale o area professionale (sostituzioni, incarichi provvisori e a tempo determinato** a favore di Aziende Sanitarie ed altre Istituzioni pubbliche che applicano le norme del presente Accordo (INPS, INAIL, Ministero della Difesa, SASN, ecc.).  
**NON dichiarare:** attività libero professionale, svolta con rapporto quale dipendente, contratti co.co.co., o altri (non utile ai fini del punteggio).  
**(si ricorda che l'attività valutabile include il periodo dal 2.10.2000 fino al 31.12.2017):**

| Branca specialistica o area professionale | presso | n. ore     | dal   | al    |
|---|--------|------------|-------|-------|
| .....                                     | .....  | sett. .... | ..... | ..... |
| .....                                     | .....  | sett. .... | ..... | ..... |
| .....                                     | .....  | sett. .... | ..... | ..... |
| .....                                     | .....  | sett. .... | ..... | ..... |
| .....                                     | .....  | sett. .... | ..... | ..... |
| .....                                     | .....  | tot. ....  | ..... | ..... |
| .....                                     | .....  | tot. ....  | ..... | ..... |
| .....                                     | .....  | tot. ....  | ..... | ..... |
| .....                                     | .....  | tot. ....  | ..... | ..... |

**N.B.:** si prega di indicare con precisione l'amministrazione competente, indirizzo o numero di telefono, elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni utili ad accertare la veridicità delle dichiarazioni prodotte (così come previsto all'art. 15, co. 1, lett. c) della L. n. 183 del 12.11.2011).

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 .....

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 DPR 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 2019. 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 sul Bollettino Ufficiale della Regione e sul sito istituzionale di ciascuna Azienda della Regione Veneto.
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. Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è l'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti.

### **INFORMATIVA**

- La domanda, in bollo, deve essere spedita a mezzo raccomandata A/R o consegnata a mano o trasmessa con modalità telematica (se definita dalla Regione), al competente ufficio dell'Azienda sede del Comitato Zonale, ovvero al competente ufficio dell'Azienda individuata dalla Regione, 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.
- Se la domanda è inviata per PEC (Posta Elettronica Certificata) la marca da bollo va apposta ed annullata con una sigla facendo attenzione a non sovrascrivere l'apposito codice.
- Per l'accoglimento della domanda farà fede il timbro postale o il timbro apposto sulla domanda dall'ufficio competente se consegnata a mano o la data delle ricevute di accettazione e di avvenuta consegna per trasmissioni via PEC. La ricevuta rilasciata dall'ufficio postale o dall'Azienda Sanitaria, se consegnata a mano, o la ricevuta di avvenuta consegna via PEC 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. La mancata sottoscrizione della domanda costituisce motivo di esclusione dalla graduatoria.

- Ciascuna domanda deve riguardare una sola branca specialistica o disciplina; pertanto per l'inserimento in più branche specialistiche o discipline occorre presentare più moduli (ad es. un modulo per la disciplina di psicologia ed un modulo per la disciplina di psicoterapia).