Azienda Sanitaria Locale 2

Lanciano – Vasto – Chieti

(L.R. 10.03.2008, n. 5)

66100 CHIETI - Via dei Vestini s.n.c. -Palazzina N -

A.S.L. LANCIANO-VASTO-CHIETI

SEDE del COMITATO ZONALE CHIETI

MODELLO "ALLEGATO A"

PER LA DOMANDA DI INSERIMENTO NELLA GRADUATORIA ANNO 2023 DEGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI, VETERINARI E ALTRE PROFESSIONALITA' (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI)

da inoltrare a mezzo pec: graduatoria.sa@pec.asl2abruzzo.it

A.S.L. LANCIANO VASTO CHIETI sede del
COMITATO ZONALE CHIETI – Via Dei Vestini s.n.c – Palazzina N - – 66100 CHIETI

SCADENZA: 31 GENNAIO 2022

Il medico specialista, il medico veterinario o il professionista di cui all' ***ACN 20 maggio 2021, art. 19 - Medicina Specialistica ambulatoriale, veterinaria e altre professionalità (biologi, chimici, psicologi)***, che aspiri a svolgere la propria attività professionale nell'ambito delle strutture dell'A.S.L. Lanciano-Vasto-Chieti, in qualità di sostituto o incaricato, deve inoltrare, entro e non oltre il 31 gennaio di ciascun anno – esclusivamente a mezzo procedura telematica all'indirizzo pec **graduatoria.sa@pec.asl2abruzzo.it** al competente ufficio dell'Azienda Sanitaria Locale sede del Comitato Zonale di Chieti nel cui territorio aspiri ad ottenere l'incarico - apposita domanda in bollo redatta come da modello "**Allegato A**"; la marca da bollo deve essere annullata apponendo data e firma.

Ogni altra modalità di trasmissione della domanda sarà ritenuta causa di esclusione.

ALLEGATO A

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA: Specialisti Ambulatoriali, Veterinari e altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi)
art. 19 dell'Accordo Collettivo Nazionale 20 maggio 2021 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 €

ALL'Azienda Sanitaria Lanciano-Vasto-Chieti
Comitato Zonale CHIETI

Trasmessa a mezzo pec: **graduatoria.sa@pec.asl2abruzzo.it**

Il sottoscritto....., nato a.....
(prov.....)il.....M__F__Codice Fiscale.....
Comune di residenza.....(prov.....)
Indirizzo .....n.....Cap.....
telefono.....
PEC.....e-mail.....

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 **2023** relativamente all'ambito zonale di CHIETI
nel cui territorio intende ottenere incarico.

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 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 essere cittadino del seguente Stato _____ed in possesso di uno dei requisiti di cui all'art. 38, commi 1 e 3bis del D.lgs n.165/2001 e s.m.i. *(cfr. punto 1 delle "Avvertenze Generali");*

☐ di possedere ☐ il diploma di laurea ovvero ☐ la laurea specialistica della classe corrispondente in ..... (medicina e chirurgia - odontoiatria e protesi dentaria - medicina veterinaria - scienze biologiche - chimica - psicologia) conseguita presso l'Università di..... in data...../...../.....; *(cfr. punto 2 delle "Avvertenze Generali")*

con voto ...../110 ☐ senza lode ☐ con lode,
con voto ...../100 ☐ senza lode ☐ con lode;

- 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 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

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

ovvero - per la branca di Cure palliative - della certificazione regionale attestante l'esperienza triennale nella rete delle cure palliative, secondo quanto previsto dall'articolo 1, comma 522, della Legge 30 dicembre 2018, n.145, rilasciata dalla Regione.....il...../...../.....;

- 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 (tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM e degli altri enti previdenziali, ove previsto o che fruiscano dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale - APP);

- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario;

- di avere svolto la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, come sostituto, incaricato provvisorio o incaricato a tempo determinato *(indicare il servizio svolto fino al 31 dicembre dell'anno precedente)*:

Branca specialistica o area professionale	presso	n. ore	dal	al
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

(non è valutabile il servizio effettuato precedentemente al 2 ottobre 2000)

- (<u>solo per specialisti cessati dall'incarico a tempo indeterminato</u>): di avere svolto la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, a tempo indeterminato *(indicare il servizio svolto fino al 31 dicembre dell'anno precedente)*:

Branca specialistica o area professionale	presso	n. ore	dal	al
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

(non è valutabile il servizio effettuato precedentemente al 2 ottobre 2000

- di ☐essere ☐non essere disponibile per incarichi provvisori, a tempo determinato o per sostituzioni;

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, e del Regolamento Europeo 27 aprile 2016 n.2016/679/UE (art.13) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data..... Firma .....

La domanda deve essere sottoscritta e trasmessa unitamente alla copia del documento di identità.

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 2023*** *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 Abruzzo.*
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 Sanitaria 02 di Lanciano – Vasto - Chieti***

INFORMATIVA

- La domanda, in bollo, deve essere spedita esclusivamente a mezzo procedura telematica all'indirizzo pec **graduatoria.sa@pec.asl2abruzzo.it** al competente ufficio dell'Azienda sede del Comitato Zonale, entro e non oltre il 31 Gennaio 2022.

- Ogni altra modalità di trasmissione sarà ritenuta causa di esclusione della domanda.

- Per l'accoglimento della domanda faranno fede le ricevute di accettazione e di consegna del messaggio.

- 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.

- L'autocertificazione informativa (Allegato B) per l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità dovrà essere presentata unitamente alla comunicazione di disponibilità all'accettazione dell'incarico.