
ASUR - Zona Territoriale 7 - Ancona.

“Modulistica per inserimento nelle Graduatorie Regionali Annuali di Settore della Medicina Generale, da valere per l’anno 2011” - “Modulistica per inserimento nella Graduatoria Regionale di Pediatria di Libera Scelta, da valere per l’anno 2011” - “Modulistica per inserimento nella Graduatoria Provinciale dei Medici Specialisti Ambulatoriali ed altre professionalità (biologi, chimici, psicologi), da valere per l’anno 2011” - “Modulistica per inserimento nella Graduatoria Provinciale dei Medici Veterinari, da valere per l’anno 2011”.

ALLEGATO A

GRADUATORIE REGIONALI DI SETTORE DELLA MEDICINA GENERALE

ESENTE DA
IMPOSTA DI BOLLO**Dichiarazione sostitutiva di certificazione**
(art. 46 DPR n. 445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto Dott. _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del DPR 445 del 28/12/2000

dichiara
di essere in possesso di:

Diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito presso l'Università di _____ in data I_I_I_I_I_I con voto ____/110 * <i>* se il voto di laurea non è espresso su 110 ma su 100, occorre specificarlo</i>	da 100 a 104: punti 0,30; da 105 a 109: punti 0,50; 110 e 110 lode: punti 1,00 = p.
Abilitazione all'esercizio professionale conseguita presso l'Università di _____ in data I_I_I_I_I_I	
Iscrizione all'Ordine dei medici di _____ dal I_I_I_I_I_I	
Specializzazione o libera docenza in: a) MEDICINA GENERALE conseguita presso l'Università di _____ in data I_I_I_I_I_I b) _____ conseguita presso l'Università di _____ in data I_I_I_I_I_I c) _____ conseguita presso l'Università di _____ in data I_I_I_I_I_I	Punti 2,00 per ciascuna specializzazione in medicina generale o disciplina equipollente Tot. n. ____ = p. Punti 0,50 per ciascuna specializzazione nelle discipline affini alla medicina generale Tot. n. ____ = p.
Attestato di formazione in medicina generale (dlgs n. 256/91, 368/99, 277/03) conseguito il _____ presso: _____, specificare data di inizio e data di conclusione del corso di formazione: data inizio corso I_I_I_I_I_I data fine corso I_I_I_I_I_I	Punti 7,20

Data _____

Firma del dichiarante _____

(non soggetta ad autenticazione)

AVVERTENZE GENERALI.

1. Ai fini dell'inserimento nelle graduatorie regionali di settore della medicina generale i medici devono presentare domanda di "Primo inserimento" **entro il 31 gennaio 2010**. Coloro che hanno presentato domanda di "Primo inserimento" entro il 31 gennaio 2009 e che desiderano aggiornare la propria posizione in graduatoria devono, sempre **entro il 31 gennaio 2010** presentare domanda di "Integrazione titoli".
2. Tali graduatorie di settore saranno vavevoli per l'anno 2011.
3. I medici già titolari di incarico a tempo indeterminato per una o più attività di medicina generale non possono fare domanda di inserimento nella relativa graduatoria di settore (Art. 15, comma 11, ACN vigente dal 29/7/2009).
4. I medici che aspirano ad essere inseriti nelle graduatorie, di primo inserimento o di integrazione titoli, devono possedere, alla data di scadenza dei termini per la presentazione della domanda, i seguenti requisiti:
 - diploma di laurea in medicina e chirurgia;
 - iscrizione all'Albo professionale;
 - possesso dell'attestato di formazione in medicina generale o titolo equipollente di cui ai Dlgs. 256/91, 368/1999 e 277/03 (abilitazione all'esercizio professionale conseguita entro il 31 dicembre 1994).
5. I titoli accademici, di studio e di servizio possono essere prodotti:
 - a) in originale o copia legale ai sensi di legge (in bollo);
 - b) per i titoli accademici e di studio, dichiarazione sostitutiva di certificazione, ai sensi dell'art.46 del DPR 445/2000 (Allegato A alla domanda);
 - c) per i titoli di servizio, dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, ai sensi dell'art.47 del DPR n. 445/2000, (Allegato B alla domanda), ovvero fotocopie semplici unitamente ad una dichiarazione sostitutiva di notorietà con cui si attesta che le stesse sono conformi all'originale (Allegato C alla domanda).

La dichiarazione sostitutiva di cui al punto c) deve essere spedita unitamente a **fotocopia di un documento d'identità in corso di validità**.

Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere.

6. La domanda, esente da imposta di bollo, deve essere spedita con Raccomandata A.R. entro il 31/01/2010 (a tal fine fa fede il timbro postale) **A: Zona Territoriale n. 7 – U.O. Convenzioni Nazionali e Prestazioni – Ufficio Attività Regionali di M.G. e P.L.S. – Via Colombo, 106 – Ancona.** La mancata sottoscrizione della domanda o della dichiarazione sostitutiva, la spedizione o consegna oltre il termine del 31/01/2010, comportano l'esclusione dalla graduatoria. La domanda e le dichiarazioni sostitutive devono essere compilate in modo leggibile. L'omissione o l'incompletezza dei dati potranno comportare la non attribuzione dei relativi punteggi.
7. Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità della dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio (Allegato B) il medico può trasmettere una copia fotostatica, anche non autenticata, dei certificati di servizio di cui sia già in possesso.
8. Ai fini della graduatoria sono valutabili solo i titoli posseduti al 31/12/2009.
9. I medici che hanno già presentato domanda a gennaio 2009 debbono presentare o dichiarare solo i titoli acquisiti nel corso dell'anno 2009, nonché eventuali titoli di servizio non presentati per le precedenti graduatorie. Chi non ha presentato domanda per le ultime due graduatorie deve presentare o dichiarare tutta la documentazione.
10. I seguenti titoli di servizio: servizio civile volontario per scopi umanitari, servizio nelle carceri, servizio all'estero, devono essere integralmente dichiarati e/o documentati, ancorchè già presentati in precedenza.

Informativa resa all'interessato per il trattamento di dati personali.

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196 e in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo di quanto segue:

1. Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento da parte di questa Amministrazione della formazione della graduatoria regionale;
2. Il trattamento viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici;
3. Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e , pertanto, in caso di rifiuto, Ella non potrà essere inserito in detta graduatoria;
4. I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Marche;
5. L'art. 7 del citato D.Lgs Le conferisce 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;
6. Responsabile del trattamento dei dati è la Zona Territoriale n. 7 – Responsabile Unità Operativa Convenzioni Nazionali e Prestazioni.

GRADUATORIE REGIONALI DI SETTORE DELLA MEDICINA GENERALE

ALLEGATO B

ESENTE DA
IMPOSTA DI BOLLO**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà**

(art. 47 DPR n. 445 del 28/12/2000)

TITOLI DI SERVIZIO ED ATTIVITÀ SVOLTA

Io sottoscritt_ Dott. _____

cognome

nome

PARTE RISERVATA
ALL'UFFICIO

I _ I _ I _ I _ I _ I _

Cod. regione

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000, **dichiara di essere in possesso dei seguenti titoli di servizio:**

Note per la compilazione:

Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità della dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio, il medico può trasmettere una copia fotostatica, anche non autenticata, dei certificati di servizio di cui sia già in possesso.

1) Medico di assistenza primaria convenzionato (compresa attività svolta in qualità di associato) nell'ambito della Regione nella cui graduatoria si chiede l'inserimento:
(punti 0,30 per mese di attività)

dal I _ I _ I _ I _ I _ I _ al I _ I _ I _ I _ I _ I _ ASL/ZONA _____

dal I _ I _ I _ I _ I _ I _ al I _ I _ I _ I _ I _ I _ ASL/ZONA _____

dal I _ I _ I _ I _ I _ I _ al I _ I _ I _ I _ I _ I _ ASL/ZONA _____

1.a) Medico di assistenza primaria convenzionato, compresa attività svolta in qualità di associato:
(punti 0,20 per mese di attività)

dal I _ I _ I _ I _ I _ I _ al I _ I _ I _ I _ I _ I _ ASL/ZONA _____

dal I _ I _ I _ I _ I _ I _ al I _ I _ I _ I _ I _ I _ ASL/ZONA _____

dal I _ I _ I _ I _ I _ I _ al I _ I _ I _ I _ I _ I _ ASL/ZONA _____

1.b) Attività di sostituzione del medico di assistenza primaria convenzionato solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi:
(punti 0,20 per mese di attività)

dal I _ I _ I _ I _ I _ I _ al I _ I _ I _ I _ I _ I _ ASL/ZONA _____

dal I _ I _ I _ I _ I _ I _ al I _ I _ I _ I _ I _ I _ ASL/ZONA _____

dal I _ I _ I _ I _ I _ I _ al I _ I _ I _ I _ I _ I _ ASL/ZONA _____

dal I _ I _ I _ I _ I _ I _ al I _ I _ I _ I _ I _ I _ ASL/ZONA _____

dal I _ I _ I _ I _ I _ I _ al I _ I _ I _ I _ I _ I _ ASL/ZONA _____

dal I _ I _ I _ I _ I _ I _ al I _ I _ I _ I _ I _ I _ ASL/ZONA _____

dal I _ I _ I _ I _ I _ I _ al I _ I _ I _ I _ I _ I _ ASL/ZONA _____

dal I _ I _ I _ I _ I _ I _ al I _ I _ I _ I _ I _ I _ ASL/ZONA _____

dal I _ I _ I _ I _ I _ I _ al I _ I _ I _ I _ I _ I _ ASL/ZONA _____

dal I _ I _ I _ I _ I _ I _ al I _ I _ I _ I _ I _ I _ ASL/ZONA _____

dal I _ I _ I _ I _ I _ I _ al I _ I _ I _ I _ I _ I _ ASL/ZONA _____

GRADUATORIE REGIONALI DI SETTORE DELLA MEDICINA GENERALE

ALLEGATO B

2. Attività di sostituzione del medico di assistenza primaria convenzionato solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti dovuta ad attività sindacale e sostituzioni d'ufficio anche se di durata inferiore a 5 gg.:
(punti 0,20 per mese di attività)

dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I ASL/medico _____

dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I ASL/medico _____

2.a) Stessa attività di cui al punto precedente effettuata su base oraria:
(punti 0,20 per mese di attività, ragguagliato a 96 h. di attività)

dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I ore _____

ASL _____ medico _____

dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I ore _____

ASL _____ medico _____

3. Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione di continuità assistenziale in forma attiva: (punti 0,20 per mese di attività, ragguagliato a 96 h. di attività). BARRARE LA CASELLA CORRISPONDENTE ALLA TIPOLOGIA DI INCARICO EFFETTUATO.

Anno: **Azienda Sanitaria Locale:**

Gennaio	dal _____ al _____ ore _____	Luglio	dal _____ al _____ ore _____
Febbraio	dal _____ al _____ ore _____	Agosto	dal _____ al _____ ore _____
Marzo	dal _____ al _____ ore _____	Settembre	dal _____ al _____ ore _____
Aprile	dal _____ al _____ ore _____	Ottobre	dal _____ al _____ ore _____
Maggio	dal _____ al _____ ore _____	Novembre	dal _____ al _____ ore _____
Giugno	dal _____ al _____ ore _____	Dicembre	dal _____ al _____ ore _____

Anno: **Azienda Sanitaria Locale:**

Gennaio	dal _____ al _____ ore _____	Luglio	dal _____ al _____ ore _____
Febbraio	dal _____ al _____ ore _____	Agosto	dal _____ al _____ ore _____
Marzo	dal _____ al _____ ore _____	Settembre	dal _____ al _____ ore _____
Aprile	dal _____ al _____ ore _____	Ottobre	dal _____ al _____ ore _____
Maggio	dal _____ al _____ ore _____	Novembre	dal _____ al _____ ore _____
Giugno	dal _____ al _____ ore _____	Dicembre	dal _____ al _____ ore _____

Anno: **Azienda Sanitaria Locale:**

Gennaio	dal _____ al _____ ore _____	Luglio	dal _____ al _____ ore _____
Febbraio	dal _____ al _____ ore _____	Agosto	dal _____ al _____ ore _____
Marzo	dal _____ al _____ ore _____	Settembre	dal _____ al _____ ore _____
Aprile	dal _____ al _____ ore _____	Ottobre	dal _____ al _____ ore _____
Maggio	dal _____ al _____ ore _____	Novembre	dal _____ al _____ ore _____
Giugno	dal _____ al _____ ore _____	Dicembre	dal _____ al _____ ore _____

N.B. Occorre indicare mese per mese il totale delle ore prestate ed i giorni di effettivo servizio.

GRADUATORIE REGIONALI DI SETTORE DELLA MEDICINA GENERALE

ALLEGATO B

3.a) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato, di sostituzione nella medicina dei servizi: (punti 0,20 per mese di attività, ragguagliato a 96 h. di attività). BARRARE LA CASELLA CORRISPONDENTE ALLA TIPOLOGIA DI INCARICO EFFETTUATO.

dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I ore I _____ I ASL/ZONA _____

dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I ore I _____ I ASL/ZONA _____

dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I ore I _____ I ASL/ZONA _____

dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I ore I _____ I ASL/ZONA _____

3.b) Servizio effettivo nelle attività territoriali programmate: (punti 0,10 per mese di attività, ragguagliato a 52 h. di attività)

dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I ore I _____ I ASL/ZONA _____

dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I ore I _____ I ASL/ZONA _____

dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I ore I _____ I ASL/ZONA _____

dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I ore I _____ I ASL/ZONA _____

3.c) Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o di sostituzione nella emergenza sanitaria territoriale: (punti 0,20 per mese di attività). BARRARE LA CASELLA CORRISPONDENTE ALLA TIPOLOGIA DI INCARICO EFFETTUATO.

dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I ASL/ZONA _____

dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I ASL/ZONA _____

dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I ASL/ZONA _____

dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I ASL/ZONA _____

dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I ASL/ZONA _____

dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I ASL/ZONA _____

4. Attività programmata nei servizi territoriali di continuità assistenziale o di emergenza sanitaria territoriale in forma di reperibilità: (punti 0,05 per mese di attività ragguagliato a 96 h. di attività)

dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I ore I _____ I ASL/ZONA _____

dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I ore I _____ I ASL/ZONA _____

dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I ore I _____ I ASL/ZONA _____

dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I ore I _____ I ASL/ZONA _____

dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I ore I _____ I ASL/ZONA _____

dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I ore I _____ I ASL/ZONA _____

5. Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle AUSL: (punti 0,20 per mese di attività)

dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I ASL/ZONA _____

dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I ASL/ZONA _____

dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I ASL/ZONA _____

GRADUATORIE REGIONALI DI SETTORE DELLA MEDICINA GENERALE

ALLEGATO B

6. Attività, anche in forma di sostituzione, di medico pediatria di libera scelta, se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi (punti 0,10 per mese di attività)

dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I ASL/ZONA _____

dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I ASL/ZONA _____

dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I ASL/ZONA _____

7. Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina (*): (punti 0,10 per mese di attività)

dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I presso _____

dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I presso _____

(*): occorre presentare idonea documentazione

8. Servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto in concomitanza di incarico di medicina generale (*) (punti 0,20 per mese di attività per un massimo di 12 mesi)

dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I presso _____

dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I presso _____

(*): occorre presentare idonea documentazione

9. Servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina, anche in qualità di ufficiale medico di complemento:

(punti 0,10 per mese di attività per un massimo di 12 mesi)

dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I presso _____

9.a) Servizio militare di leva o sostitutivo nel servizio civile, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina, anche in qualità di ufficiale medico di complemento, ed in concomitanza di incarico, anche provvisorio, di medicina generale, limitatamente al periodo di concomitanza: (punti 0,20 per mese)

dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I presso _____

10. Attività come medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna, e medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici, medico generico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato con il Ministero della Sanità per il servizio di assistenza ai naviganti: (punti 0,05 per mese di attività)

dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I presso _____

dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I presso _____

dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I presso _____

GRADUATORIE REGIONALI DI SETTORE DELLA MEDICINA GENERALE

ALLEGATO B

11. Attività di medico addetto all'assistenza sanitaria nelle carceri sia a tempo indeterminato che di sostituzione e di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo (*) (0,20 per mese di attività). BARRARE LA CASELLA CORRISPONDENTE ALLA TIPOLOGIA DI SERVIZIO EFFETTUATO.

dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I presso _____

dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I presso _____

(*) occorre presentare idonea documentazione

12. Servizio prestato presso Aziende termali (Legge 24 ottobre 2000 n. 323 art. 8), equiparato all'attività di continuità assistenziale (*) (0,20 per mese di attività)

dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I presso _____

dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I presso _____

dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I presso _____

(*) servizio prestato c/o aziende termali private accreditate in qualità di dipendente a tempo pieno, con rapporto di lavoro esclusivo e orario non inferiore a 35 ore settimanali

13. Servizio effettivo di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale, di emergenza territoriale, svolto in Paesi dell'Unione Europea, ai sensi della Legge 9 febbraio 1979 n. 38, della Legge 10 luglio 1960 n. 735 e successive modificazioni ed integrazioni e del D.M. 1 settembre 1988 n. 430

(0,20 per mese di attività)

dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I presso _____

dal I _ I _ I _ I _ I al I _ I _ I _ I _ I presso _____

Dichiaro che le notizie sopra riportate corrispondono al vero (1)

Data _____

Firma del dichiarante (2) _____

(1) Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 del DPR 445/2000).

(2) Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un documento d'identità del dichiarante.

GRADUATORIE REGIONALI DI SETTORE DELLA MEDICINA GENERALE

ALLEGATO C

ESENTE DA
IMPOSTA DI BOLLO**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà**
(art. 47 DPR n. 445 del 28/12/2000)

In riferimento alla domanda di inserimento/integrazione titoli nelle graduatorie regionali di medicina generale a valere per l'anno 2011

il sottoscritto Dr. _____ nato a _____

residente a _____ Via _____

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

DICHIARA

che le **fotocopie** dei titoli allegati e sottoelencati, sono conformi agli originali in possesso del sottoscritto:

1..... 6.....

2..... 7.....

3..... 8.....

4..... 9.....

5..... 10.....

Data

Firma

Alla presente domanda di iscrizione alla graduatoria dovrà essere allegata copia fotostatica di documento di identità in corso di validità del sottoscrittore. La mancanza di sottoscrizione comporta la nullità della dichiarazione sostitutiva.

(Si suggerisce, onde evitare disguidi, di firmare e numerare le fotocopie allegate)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA GRADUATORIA REGIONALE DI
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA VALIDA PER L'ANNO 2011**

Spett.le
A.S.U.R.
Zona Territoriale n° 7
U. O. Convenzioni Nazionali e Prestazioni
Ufficio Attività Regionali di M.G. e P.L.S.
Via Colombo, 106
60127 - Ancona

PRIMO INSERIMENTO

INTEGRAZIONE TITOLI

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____

Prov. _____ il _____ C.F. _____

Comune di residenza _____ Prov. _____

Indirizzo _____ n. _____

C.A.P. _____ n. Tel. _____

c h i e d e

L'inserimento/ l'integrazione titoli nella graduatoria regionale di pediatria di libera scelta valevole per l'anno 2011.

A tal fine dichiara

Di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato nella Pediatria di Libera Scelta, ai sensi del vigente ACN dei PLS art. 15, comma 11: *"I pediatri già titolari di incarico a tempo indeterminato non possono fare domanda di inserimento nella graduatoria e, pertanto, possono concorrere alla assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento".*

Acclude alla presente:

N..... dichiarazioni sostitutive di certificazione (autocertificazione)

N..... dichiarazioni sostitutive dell'atto notorio

N..... certificati

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

**FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA REGIONALE DI PEDIATRIA DI LIBERA
SCELTA VALIDA PER L'ANNO 2011**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 DPR n. 445 del 28/12/2000)

**Esente da
Imposta di bollo**

Il sottoscritto Dott. Cognome..... Nome.....
C.F.

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

DICHIARA

DI ESSERE IN POSSESSO DEI SEGUENTI TITOLI DI SERVIZIO:

1. Attività di specialista pediatra di libera scelta convenzionato ai sensi dell'art. 48 della legge n.833/78 e dell'art. 8 – comma 1 – del decreto legislativo 502/92 e 517/93 compreso quella svolta in qualità di associato o di sostituto (0.20 punti per mese di attività);

dal.....al.....presso.....
dal.....al.....presso.....
dal.....al.....presso.....

2. Attività di sostituzione per attività sindacale (0.20 punti per mese di attività);

dal.....al.....medico*.....A.S.L.....
dal.....al.....medico.....A.S.L.....
dal.....al.....medico.....A.S.L.....

3. Attività professionale svolta presso strutture sanitarie pubbliche (0.05 punti per mese di attività)

dal.....al.....Struttura.....
dal.....al.....Struttura.....
dal.....al.....Struttura.....

* inserire il nome del medico sostituito

4. Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato nella medicina dei servizi o svolto, anche a titolo di sostituzione, nei servizi di guardia medica, di continuità assistenziale o nell'emergenza sanitaria territoriale in forma attiva (0.10 punti per mese ragguagliato a 96 ore di attività) **** vedi allegato A per la compilazione ****

5. Attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche, organizzate dalle Regioni o dalle UU.SS.LL. (0.10 punti per mese di attività)

A.S.L..... dal..... al.....

A.S.L..... dal..... al.....

A.S.L..... dal..... al.....

A.S.L..... dal..... al.....

6. Attività di specialista pediatra svolta all'estero ai sensi della legge 9 febbraio 79, n. 38, della legge 10 luglio 1960, n. 735, e successive modificazioni e del decreto ministeriale 1° settembre 1988, n. 430 (0.10 punti per mese di attività)

dal..... al.....presso.....

dal..... al.....presso.....

dal..... al.....presso.....

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero. (1)

Luogo e data..... (2) Firma del dichiarante.....

(1) *Ai sensi dell'art. 75 del DPR 445/2000 il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.*

(2) *Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta ed inviata unitamente a copia fotostatica, ancorchè non autenticata, di un documento di identità del dichiarante..*

Informativa resa all'interessato per il trattamento di dati personali.

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo di quanto segue:

- 1. Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento da parte di questa Amministrazione della formazione della graduatoria regionale di pediatria di libera scelta valida per l'anno 2011;*
- 2. Il trattamento viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici;*
- 3. Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e , pertanto, in caso di rifiuto, Ella non potrà essere inserita in detta graduatoria;*
- 4. I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Marche;*
- 5. L'art. 7 del citato D. Lgs. Le conferisce 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;*
- 6. Responsabile del trattamento dei dati è il Responsabile dell'Unità Operativa Convenzioni Nazionali e Prestazioni della Zona Territoriale n. 7 di Ancona.*

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero. (1)

Data.....

Firma del dichiarante.....

(1) Ai sensi dell'art. 75 del DPR 445/2000 il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

AVVERTENZE ED ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE.

I pediatri che aspirano ad essere inseriti nella graduatoria regionale di **pediatria di libera scelta** devono possedere alla data di scadenza del termine per la presentazione della domanda (31 gennaio 2010) i seguenti requisiti :

- **Iscrizione all'Albo Professionale.**
- **Essere in possesso del diploma di specializzazione o attestato di libera docenza in una delle seguenti discipline:**

1. pediatria;
2. clinica pediatrica;
3. pediatria e puericoltura;
4. patologia clinica pediatrica;
5. patologia neonatale;
6. puericoltura;
7. pediatria preventiva e sociale.

La domanda, esente da imposta di bollo, deve essere spedita a mezzo raccomandata A.R. entro e non oltre il **31 gennaio 2010 all'Ufficio Attività Regionali di M.G. e P.L.S. – U.O. Convenzioni Nazionali e Prestazioni – Zona Territoriale n. 7 – Via Colombo, 106 – 60100 Ancona**

Per l'accoglimento della domanda farà fede il timbro postale.

Ai fini della graduatoria sono valutati solo i titoli di servizio posseduti alla data del 31 dicembre 2009 .

Per accelerare le procedure di controllo sulla veridicità della dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio, il medico può trasmettere una copia fotostatica, anche non autenticata, dei certificati di servizio di cui sia già in possesso.

Il medico che ha già presentato domanda a gennaio 2009 deve dichiarare solo titoli acquisiti nel corso dell'anno 2009, nonché eventuali titoli di servizio non presentati per le precedenti graduatorie.

ALLEGATO "A"

Dott. **Cognome**.....**Nome**.....**C. F.**.....

Servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato nella medicina dei servizi o svolto, anche a titolo di sostituzione nei servizi di guardia medica, di continuità assistenziale o nell'emergenza sanitaria territoriale in forma attiva (0.10 punti per mese ragguagliato a 96 ore mensili di attività)*

A N N O

Azienda Sanitaria Locale.....

Gennaio dal..... al.....
ore.....Febbraio dal..... al.....
ore.....Marzo dal..... al.....
ore.....Aprile dal..... al.....
ore.....Maggio dal..... al.....
ore.....Giugno dal..... al.....
ore.....Luglio dal..... al.....
ore.....Agosto dal..... al.....
ore.....Settembre dal..... al.....
ore.....Ottobre dal..... al.....
ore.....Novembre dal..... al.....
ore.....Dicembre dal..... al.....
ore.....

* per inserire ulteriori periodi di attività il medico può fotocopiare una o più volte l'allegato " A ".

A N N O

Azienda Sanitaria Locale.....

Gennaio dal..... al.....
ore.....Febbraio dal..... al.....
ore.....Marzo dal..... al.....
ore.....Aprile dal..... al.....
ore.....Maggio dal..... al.....
ore.....Giugno dal..... al.....
ore.....Luglio dal..... al.....
ore.....Agosto dal..... al.....
ore.....Settembre dal..... al.....
ore.....Ottobre dal..... al.....
ore.....Novembre dal..... al.....
ore.....Dicembre dal..... al.....
ore.....

Firma.....

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

art. 21 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali, i veterinari e le altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi)

RACC. A.R.

**AL COMITATO CONSULTIVO ZONALE
SPECIALISTICA AMBULATORIALE
c/o ZONA TERRITORIALE N. 7 Ancona
Via Colombo, 106
60127 ANCONA**

Il sottoscritto Dott. _____, nato a _____

(prov. _____) il _____ M_ F_ Codice Fiscale _____

Comune di residenza _____ (prov. _____)

Indirizzo: 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, medici veterinari ed altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi), ex art.8 del D. L.vo n.502/92 e successive modificazioni -

della branca di _____ per i medici specialisti ed odontoiatri

di _____ per i biologi

di _____ per i chimici

della branca di _____ per gli psicologi

a valere per l'anno **2011**, relativa alla Provincia di **ANCONA**
nel cui ambito territoriale intende ottenere incarico ambulatoriale.

A tale 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.
- La domanda va inviata per posta con Raccomandata A/R, deve essere già sottoscritta dall'interessato ed accompagnata dalla fotocopia non autenticata di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.

ALLEGATO B

PARTE SECONDA

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott. _____, nato a _____
 (prov. _____) il _____ M_ F_ Codice Fiscale _____
 Comune di residenza _____ (prov. _____)
 Indirizzo Via _____ n. ____ Cap _____ telefono _____
 Recapito professionale nel Comune di _____ (prov. _____)
 Via _____ n. ____ Cap _____ telefono _____
 Posta Elettronica _____

Dichiara, ai sensi e agli effetti della legge n.15/68 e successive modificazioni

1. di possedere il diploma di laurea (DL) ovvero la laurea specialistica (LS) della classe corrispondente in _____ (medicina e chirurgia o odontoiatria e protesi dentaria, o biologia, o chimica, o psicologia) con voto ____/110 (DL) ____/100 (LS) conseguito/a presso l'Università di _____ in data _____
2. di essere abilitato all'esercizio della professione di _____ (medico chirurgo o odontoiatra, o biologo, o chimico, o psicologo) nella sessione _____ presso l'Università di _____
3. di essere iscritto all'Albo professionale _____ (dei medici chirurghi o degli odontoiatri, o dei biologi, o dei chimici, o degli psicologi) presso l'Ordine provinciale /regionale di _____ dal _____
4. di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:
 in _____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ con voto ____.
 in _____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ con voto ____.
 in _____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ con voto ____.
5. 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 _____
 In caso affermativo, specificare il provvedimento disciplinare:

6. 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 sanitarie 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.Lvo n. 229/99;

l) 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.Lvo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni

m) 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 _____)

7. di avere svolto la seguente attività professionale nella branca o area professionale, come sostituto, incarico provvisorio e a tempo determinato:

Branca _____ Asl (2) _____ anno _____ **ore totali nell'anno** _____

Branca _____ Asl (2) _____ anno _____ **ore totali nell'anno** _____

Branca _____ Asl (2) _____ anno _____ **ore totali nell'anno** _____

Branca _____ Asl (2) _____ anno _____ **ore totali nell'anno** _____

Branca _____ Asl (2) _____ anno _____ **ore totali nell'anno** _____

Branca _____ Asl (2) _____ anno _____ **ore totali nell'anno** _____

Branca _____ Asl (2) _____ anno _____ **ore totali nell'anno** _____

Branca _____ Asl (2) _____ anno _____ **ore totali nell'anno** _____

(In caso di spazio insufficiente fotocopiare il prospetto e allegarlo alla domanda)

In caso di attività svolta in altra Regione, indicare con precisione l'amministrazione competente, indirizzo completo e telefono, elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni utili ad accertare la veridicità della dichiarazione prodotta (art. 43 DPR 445/2000), altrimenti non valutabile:

ASL _____ via _____ n. _____ CAP _____ Comune _____ (____) tel. _____

ASL _____ via _____ n. _____ CAP _____ Comune _____ (____) tel. _____

ASL _____ via _____ n. _____ CAP _____ Comune _____ (____) tel. _____

NOTE(3).....
.....

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. 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** _____

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme del presente accordo

(3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste

AVVERTENZE

Gli Specialisti che aspirano ad essere inseriti nelle graduatorie provinciali della specialistica ambulatoriale devono spedire la domanda mediante raccomandata A.R., entro e non oltre il 31 gennaio, al Comitato consultivo zonale.

Alla data del 31 gennaio lo Specialista deve possedere i seguenti requisiti:

- essere iscritto all'Albo professionale;
- possedere il diploma di laurea in medicina e chirurgia, odontoiatria e protesi dentaria, medicina veterinaria, psicologia, scienze biologiche, chimica, ovvero la laurea specialistica della classe corrispondente;
- possedere il titolo per l'inclusione nelle graduatorie delle branche principali della specialità medica, veterinaria, o della categoria professionale interessata, previste negli allegati A ed A bis dell'ACN/2009. Il titolo è rappresentato dal diploma di specializzazione in una delle branche principali della specialità. Per la branca di odontostomatologia è titolo valido per l'inclusione in graduatoria anche l'iscrizione all'Albo professionale degli Odontoiatri di cui alla legge n. 409/85. Il titolo di specializzazione in psicoterapia, riconosciuto ai sensi degli articoli 3 e 35 della legge 18 febbraio 1989, n. 56, come equipollente al diploma rilasciato dalle corrispondenti scuole di specializzazione universitaria, deve intendersi valido in riferimento allo psicologo per la disciplina di psicologia ed al medico o allo psicologo per la disciplina di psicoterapia.

Lo Specialista che fosse già inserito nella graduatoria dell'anno precedente potrà allegare alla domanda solo i titoli accademici e/o professionali che comportino modificazioni al precedente punteggio.

TITOLI E CRITERI DI VALUTAZIONI PER LA FORMAZIONE DELLE GRADUATORIE DI CUI ALL'ART. 21 DELL'ACCORDO.**TITOLI ACCADEMICI**

Voto di laurea 110/110 e lode o 100/100 e lode punteggio 3,00
 Voto di laurea da 101/110 a 110/110 o da 91/100 a 100/100 punteggio 2,00

MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI - ODONTOIATRI - VETERINARI

1. Specializzazioni in Branche principali:
 per la prima specializzazione punteggio 3,00
 specializzazione ai sensi degli artt. 3 e 35 della legge n.56/89 punteggio 3,00
 per ogni ulteriore specializzazione punteggio 1,00
 2. Specializzazioni in Branche affini:
 per ogni ulteriore specializzazione punteggio 0,40
 3. Voto di specializzazione:
 in branca principale con lode (una sola volta) punteggio 3,00
 in branca principale con il massimo dei voti (una sola volta) punteggio 2,00

BIOLOGI - CHIMICI - PSICOLOGI

1. Specializzazioni:
 per la prima specializzazione punteggio 3,00
 specializzazione ai sensi degli artt. 3 e 35 della legge n.56/89 punteggio 3,00
 per ogni ulteriore specializzazione punteggio 1,00
 2. Voto di specializzazione:
 Specializzazione conseguita con lode (una sola volta) punteggio 3,00
 Specializzazione conseguita con il massimo dei voti (una sola volta) punteggio 2,00

TITOLI PROFESSIONALI

Sostituzioni, incarichi provvisori e a tempo determinato effettuati nella branca principale o area professionale, a favore di Aziende sanitarie ed altre Istituzioni pubbliche che applicano le norme del presente Accordo (Inps, Inail, Ministero della Difesa, SASN, ecc):
 Per ciascuna ora di attività svolta punteggio 0,003

A parità di punteggio prevale l'anzianità di specializzazione e di laurea e in subordine l'anzianità anagrafica. Qualora, inoltre, l'attività svolta dal medico veterinario sia retribuita a prestazione le Regioni definiscono l'assegnazione del punteggio con un criterio di equivalenza all'attività oraria.

Informativa resa all'interessato per il trattamento di dati personali

Ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196 ed in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo di quanto segue:

- A. il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento da parte di quest'Amministrazione delle graduatorie provinciali della specialistica ambulatoriale;
- B. il trattamento viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici;
- C. il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra;
- D. in relazione ai trattamenti dei propri dati personali effettuati da questa Zona Territoriale i destinatari della presente hanno facoltà di esercitare i diritti di cui all'art. 7, codice in materia di protezione dei dati personali - Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196;
- E. alcuni dei dati comunicati saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Marche e sul sito internet della Zona Territoriale n. 7 di Ancona;
- F. Titolare del trattamento dei dati è l'ASUR - Zona Territoriale n. 7 di Ancona, con sede in Via Colombo n.106, 60127 Ancona. Incaricata del trattamento è la Sig.ra Rita Petrolati, collaboratore amm.vo dell' U.O. Convenzioni Nazionali e Prestazioni (tel 071-9178614 - fax 071/8705773)
- G. si segnala inoltre che ogni richiesta di informazioni ex art. 8 del codice in materia di protezione dei dati personali potrà essere rivolta anche al referente Zonale privacy - Dr.Luigi Sfreda tel: 071/8705541, presso il quale sarà possibile conoscere l'elenco dei Responsabili del trattamento, nonché consultare il materiale inerente la normativa in oggetto.

ALLEGATO B bis

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA

Parte prima

art. 21 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i **Medici veterinari** di cui all'Accordo per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali, veterinari e le altre professionalità sanitarie del 23 marzo 2005, integrato dall'Accordo Collettivo Nazionale del 29/07/2009

AL COMITATO ZONALE DI ANCONA
 ASCOLI PICENO
 MACERATA
 PESARO/URBINO

(barrare la casella che interessa)

Il sottoscritto Dott....., nato a.....(prov.....)
 il..... M__ F__
 Codice Fiscale.....
 Comune di residenza.....(prov.....)
 Indirizzo Vian..... 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, veterinari ed altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi), ex art.8 del D. L.vo n.502/92 e successive modificazioni –

di.....**per i medici veterinari**

a valere per l'anno **2011**, relativa alla Provincia di.....
 nel cui ambito territoriale intende ottenere incarico.

A tale 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.....Provincia.....indirizzo
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.
- La domanda deve essere inoltrata mezzo Raccomandata A.R. ed accompagnata dalla fotocopia non autenticata di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.

PARTE SECONDA

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott....., nato a.....(prov.....)
 il..... M__ F__
 Codice Fiscale.....
 Comune di residenza.....(prov.....)
 Indirizzo Vian.....Cap..... telefono.....
 Recapito professionale nel Comune di.....(prov.....)
 Via.....n.....Cap.....telefono.....

Dichiara, ai sensi e agli effetti della legge n.15/68 e successive modificazioni

1. di essere laureato in medicina veterinaria con voto..... presso l'Università di.....in data.....
2. di essere abilitato all'esercizio della professione di medico veterinario nella sessione.....presso l'Università di.....
3. di essere iscritto all'Albo professionale dei medici veterinari presso l'Ordine provinciale /regionale di..... dal.....
4. di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:
 in..... conseguita il..... presso l'Università di..... con voto.....
 in..... conseguita il..... presso l'Università di..... con voto.....
 in..... conseguita il..... presso l'Università di..... con voto.....
 in..... conseguita il..... presso l'Università di..... con voto.....
5. 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.....

In caso affermativo, specificare il provvedimento disciplinare:

.....

6. 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) esercitare / non esercitare (1) la professione medica con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfetariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio sanitario nazionale e che non adottino le clausole normative ed economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale

c) 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

d) 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

e) 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.

7. di avere svolto la seguente attività professionale nella branca, come sostituto, incarico provvisorio e a tempo determinato:

Branca.....	Asl.....	ore.....	sett.....	dal.....	al.....
Branca.....	Asl.....	ore.....	sett.....	dal.....	al.....
Branca.....	Asl.....	ore.....	sett.....	dal.....	al.....
Branca.....	Asl.....	ore.....	sett.....	dal.....	al.....
Branca.....	Asl.....	ore.....	sett.....	dal.....	al.....
Branca.....	Asl.....	ore.....	sett.....	dal.....	al.....
Branca.....	Asl.....	ore.....	sett.....	dal.....	al.....

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. 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

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste

N.B. La presente autocertificazione informativa, con le appropriate modificazioni, e' utilizzabile anche per le comunicazioni, ai comitati di cui all'art. 24, relative alle modificazioni nel proprio stato di servizio.

ALLEGATO A BIS

Specializzazioni della medicina veterinaria

BRANCA DELLA SANITÀ ANIMALE

SANITÀ ANIMALE

Specializzazioni equipollenti:

- 1) Alimentazione animale
- 2) Allevamento e igiene degli animali
- 3) Clinica bovina
- 4) Diritto e legislazione veterinaria
- 5) Etologia applicata e benessere degli animali di interesse zootecnico e degli animali da affezione
- 6) Farmacologia e tossicologia veterinaria
- 7) Fisiopatologia della riproduzione degli animali domestici
- 8) Malattie infettive, profilassi e polizia veterinaria
- 9) Medicina e chirurgia del cavallo
- 10) Microbiologia indirizzo in tecniche microbiologiche
- 11) Miglioramento genetico degli animali domestici
- 12) Patologia e clinica degli animali d'affezione
- 13) Patologia suina
- 14) Sanità animale, allevamento e produzioni zootecniche
- 15) Sanità pubblica veterinaria
- 16) Scienza e medicina degli animali da laboratorio
- 17) Tecnologia e patologia delle specie avicole, del coniglio e della selvaggina

Altre Specializzazioni equipollenti:

- 1) Alimentazione degli animali domestici
- 2) Biotecnologie veterinarie
- 3) Chirurgia veterinaria
- 4) Clinica dei piccoli animali
- 5) Clinica ostetrica e ginecologica veterinaria
- 6) Clinica e malattia dei piccoli animali
- 7) Igiene della produzione e commercializzazione degli alimenti di origine animale
- 8) Malattie dei piccoli animali
- 9) Patologia aviare
- 10) Parassitologia degli animali domestici
- 11) Sanità animale, igiene dell'allevamento e delle produzioni animali
- 12) Radiologia veterinaria

- 13) Tecnologia avicola e patologia aviare
- 14) Tecnologia e patologia avicunicola

Discipline affini:

- 1) Biochimica marina e biotecnologie applicate alla pesca e all'acquacoltura
- 2) Biochimica marina
- 3) Dietologia comparata animale
- 4) Fisiologia, Allevamento e Patologia degli ovini e dei caprini
- 5) Igiene e tecnologia del latte e derivati
- 6) Igiene e tecnologia delle carni
- 7) Ispezione degli alimenti di origine animale
- 8) Miglioramento quali-quantitativo degli alimenti di origine animale
- 9) Patologia equina
- 10) Tecnologia avicunicola

BRANCA DELL'IGIENE DELLA PRODUZIONE, TRASFORMAZIONE, COMMERCIALIZZAZIONE, CONSERVAZIONE E TRASPORTO DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E LORO DERIVATI.

IGIENE DELLA PRODUZIONE, TRASFORMAZIONE, COMMERCIALIZZAZIONE CONSERVAZIONE E TRASPORTO DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E LORO DERIVATI.

Specializzazioni equipollenti:

- 1) Allevamento, igiene, patologia delle specie acquatiche e controllo dei prodotti derivati
- 2) Diritto e legislazione veterinaria
- 3) Igiene e tecnologia delle carni
- 4) Igiene e tecnologia del latte e derivati
- 5) Ispezione degli alimenti di origine animale
- 6) Miglioramento quanti-qualitativo degli alimenti di origine animale
- 7) Sanità pubblica veterinaria

Altre specializzazioni equipollenti:

- 1) Biochimica marina
- 2) Igiene delle produzioni e commercializzazioni degli alimenti di origine animale
- 3) Ispezione degli alimenti di origine animale e loro derivati
- 4) Patologia aviare
- 5) Produzione ed ispezione degli organismi acquatici d'interesse alimentare
- 6) Tecnica conserviera ed igiene degli alimenti di origine animale
- 7) Tecnologia ed igiene delle carni

Discipline affini:

- 1) Alimentazione animale
- 2) Allevamento e Igiene degli animali
- 3) Clinica bovina
- 4) Farmacologia e Tossicologia veterinaria
- 5) Malattie infettive, profilassi e polizia veterinaria
- 6) Sanità animale, allevamento e produzioni zootecniche

- 7) Sanità animale, igiene dell'allevamento e delle produzioni animali
- 8) Tecnologia avicola e Patologia aviare
- 9) Tecnologia e patologia avicunicola
- 10) Tecnologia e patologia delle specie avicole, del coniglio e della selvaggina

BRANCA DELL'IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE.

IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE

Specializzazioni equipollenti:

- 1) Alimentazione animale
- 2) Allevamento ed igiene degli animali
- 3) Allevamento, igiene, patologia delle specie acquatiche e controllo dei prodotti derivati
- 4) Biochimica marina e biotecnologie applicate alla pesca e all'acquacoltura
- 5) Chirurgia veterinaria
- 6) Clinica bovina
- 7) Diritto e legislazione veterinaria
- 8) Etologia applicata e benessere degli animali di interesse zootecnico e degli animali da affezione
- 9) Farmacologia e tossicologia veterinaria
- 10) Fisiopatologia della riproduzione degli animali domestici
- 11) Igiene e tecnologia delle carni
- 12) Igiene e tecnologia del latte e derivati
- 13) Ispezione degli alimenti di origine animale
- 14) Malattie infettive, profilassi e polizia veterinaria
- 15) Medicina e chirurgia del cavallo
- 16) Miglioramento genetico degli animali domestici
- 17) Miglioramento quanti-qualitativo degli alimenti di origine animale
- 18) Patologia e clinica degli animali d'affezione
- 19) Patologia aviare
- 20) Patologia suina
- 21) Sanità animale, allevamento e produzioni zootecniche
- 22) Sanità animale, igiene dell'allevamento e delle produzioni animali
- 23) Sanità pubblica veterinaria
- 24) Scienza e medicina degli animali da laboratorio
- 25) Tecnologia avicola
- 26) Tecnologia e patologia delle specie avicole, del coniglio e della selvaggina

Altre specializzazioni equipollenti:

- 1) Alimentazione degli animali domestici
- 2) Biotecnologie veterinarie
- 3) Dietologia comparata animale
- 4) Igiene delle produzioni e commercializzazioni degli alimenti di origine animale
- 5) Miglioramento genetico degli animali domestici e delle produzioni zootecniche
- 6) Sanità animale, igiene dell'allevamento e delle produzioni animali
- 7) Tecnologia avicunicola

Discipline affini:

- 1) Biochimica marina

- 2) Clinica e malattie dei piccoli animali
- 3) Clinica ostetrica e ginecologia veterinaria
- 4) Clinica ostetrico-ginecologica e riproduzione animale
- 5) Fisiologia, allevamento e patologia degli ovini e dei caprini
- 6) Ispezione degli alimenti di origine animale e loro derivati
- 7) Parassitologia degli animali domestici
- 8) Patologia equina
- 9) Produzione e ispezione sanitaria degli organismi acquatici di interesse alimentare
- 10) Tecnica conserviera ed igiene degli alimenti di origine animale
- 11) Tecnologia avicola e patologia aviare
- 12) Tecnologia e patologia avicunicola
- 13) Tecnologia ed igiene delle carni