

**ALLEGATO A**

**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA SPECIALISTI AMBULATORIALI,  
VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITA' ( BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI )**

*ex art. 19 dell'Accordo Collettivo Nazionale 31 Marzo 2020 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, i veterinari e le altre professionalità ( biologi, chimici, psicologi )*

• **PRIMO INSERIMENTO**

• **AGGIORNAMENTO**

Spazio per l'apposizione  
della marca da bollo,  
da annullare con data e  
firma

**AL COMITATO ZONALE DI LECCE**  
Per la Medicina Specialistica Ambulatoriale  
c/o Asl Lecce  
Viale Don Minzoni n. 8  
**73100 L E C C E**

Pec : [personaleconvenzionato@pec.asl.lecce.it](mailto:personaleconvenzionato@pec.asl.lecce.it)  
Email: [specialisticainterna.convenzioni@asl.lecce.it](mailto:specialisticainterna.convenzioni@asl.lecce.it)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_

( prov. \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_ M \_\_\_ F \_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Comune di Residenza \_\_\_\_\_ ( Prov. \_\_\_\_\_ )

Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

**CHIEDE DI ESSERE INCLUSO NELLA GRADUATORIA REGIONALE DEI:**

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.

- MEDICI SPECIALISTI ED ODONTOIATRI : BRANCA DI \_\_\_\_\_
- MEDICI VETERINARI ( presentare una domanda per ogni singola Area ) : AREA \_\_\_\_\_
- BIOLOGI
- CHIMICI
- PSICOLOGI
- PSICOTERAPEUTA

a valere per l'anno \_\_\_\_\_ relativamente all'ambito zonale di \_\_\_\_\_ nel cui territorio intende ottenere incarico.

A tal 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 fruiscono 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)

- (solo per specialisti cessati dall'incarico a tempo indeterminato): 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.

## AVVERTENZE GENERALI

1. Cittadini degli Stati membri dell'Unione Europea e loro familiari non aventi la cittadinanza di uno Stato membro che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente; cittadini di Paesi terzi che siano titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o che siano titolari dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria;
2. Per i laureati in medicina e chirurgia la specializzazione fatta valere come titolo legittimante l'iscrizione all'albo degli odontoiatri non è valida ai fini dell'iscrizione nella graduatoria degli odontoiatri;
3. 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, è valido in riferimento allo psicologo per la disciplina di psicologia ed al medico o allo psicologo per la disciplina di psicoterapia.
4. La domanda deve essere rinnovata ogni anno e deve riportare gli eventuali titoli accademici e professionali aggiuntivi rispetto a quelli precedentemente presentati.
5. La domanda, previo assolvimento degli obblighi di pagamento del bollo, deve essere trasmessa con modalità telematica al competente ufficio dell'Azienda sede del Comitato Zonale, ovvero dell'Azienda individuata dalla Regione, entro e non oltre il 31 Gennaio di ciascun anno. Sono fatte salve differenti modalità di trasmissione disposte dalla Regione.
6. La mancata sottoscrizione della domanda o della dichiarazione sostitutiva, la trasmissione oltre il termine del comportano l'esclusione dalla graduatoria.
7. 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;
8. Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, i dati personali forniti dagli aspiranti all'iscrizione in graduatoria formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza.
9. I titoli devono essere documentati con dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà, ai sensi degli articoli 46 e art.47 del DPR 445/2000.

N.B. Il presente fac-simile rappresenta un mero modello di riferimento utilizzabile dalle amministrazioni

## AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

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

ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R.

## DICHARA

1. di essere / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;
2. di 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.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
3. di esercitare /non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
4. di essere/ non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
5. di svolgere/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;
6. di svolgere/non svolgere (1) attività pediatra di libera scelta;
7. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
8. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
9. di esercitare/non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi ( *in caso*

affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività \_\_\_\_\_);

10. di svolgere/non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;
11. di fruire/non fruire (1) 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;
12. di operare/non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. (in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività \_\_\_\_\_);
13. di 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.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;
14. di essere/non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;
15. di fruire/non fruire (1) di trattamento di quiescenza;
16. di avere/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata \_\_\_\_\_);
17. di essere/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_.  
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): \_\_\_\_\_;
18. di avere/non avere (1) riportato condanne penali e di avere/non avere (1) procedimenti penali pendenti;
19. di percepire/non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta \_\_\_\_\_ e la misura dell'indennità percepita \_\_\_\_\_).

NOTE (3)

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

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

\_\_\_\_\_

- (1) *cancellare la parte che non interessa*
- (2) *Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità*
- (3) *spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.*

**N.B. La presente autocertificazione informativa, con le appropriate modificazioni, è utilizzabile anche per le comunicazioni, ai comitati di cui all'art. 16 dell'ACN, relative alle modificazioni intervenute nello stato professionale.**