

## NOTE ESPLICATIVE DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA ANNO 2022

degli Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari ed altre professionalità sanitarie  
(Biologi, Chimici, Psicologi)

☒ La domanda, sempre accompagnata da una fotocopia del documento d'identità in corso di validità e marca da bollo apposta sul primo foglio (pena l'esclusione), deve essere spedita a mezzo raccomandata A/R o trasmessa tramite PEC al competente ufficio dell'Azienda sede del Comitato Zonale entro e non oltre il 31 gennaio di ciascun anno.

Per l'invio tramite PEC accertarsi dell'**AVVENUTA CONSEGNA** al destinatario.

### **ATTENZIONE NON E' POSSIBILE CONSEGNARE LA DOMANDA A MANO.**

☒ Per l'accoglimento della domanda farà fede il timbro postale o la data delle ricevute di avvenuta consegna per trasmissione via PEC; la ricevuta rilasciata dall'ufficio postale 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 o l'illeggibilità (*si consiglia scrivere in STAMPATELLO*) 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 specializzazione in una delle branche specialistiche o categoria professionale è obbligatoria per l'inserimento in tutte le graduatorie compresa quella di Odontoiatria.**

☒ I laureati in medicina e chirurgia iscritti all'albo degli odontoiatri in virtù della specializzazione fatta valere come titolo legittimante non possono far valere tale titolo ai fini dell'iscrizione in graduatoria.

☒ I titolari di incarico a tempo indeterminato **NON POSSONO** fare domanda di inserimento nelle graduatorie per la medesima branca specialistica o area in cui già operano.

☒ Nel sito della ASL di Frosinone all'indirizzo Comitato Zonale sarà pubblicato un avviso per la predisposizione di una *graduatoria di disponibilità* per l'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o sostituzione così come previsto dall'art. 19 comma 12 dell'ACN del 31/3/2020.

### **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 2022; 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 Lazio e sul sito istituzionale della ASL Frosinone

**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 base 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 la ASL Frosinone.

### **NON INVIARE**

**Curriculum vitae, pubblicazioni, dottorati, borse di studio, attestati di master e/o volontariato.**

**NON INVIARE QUESTA PAGINA ESPLICATIVA**

ASL Frosinone - Comitato Zonale  
Via A.Fabi s.n.c. 03100 Frosinone  
Raccomandata A/R  
o  
PEC [protocollo@pec.aslfrosinone.it](mailto:protocollo@pec.aslfrosinone.it)

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

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 sanitarie (Biologi, Chimici, Psicologi).

**VALIDITA' ANNO 2022 - domanda da spedire entro il 31 gennaio 2021**

Primo inserimento

Aggiornamento

**ATTENZIONE NON E' POSSIBILE CONSEGNARE LA DOMANDA A MANO**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ M\_\_ F\_\_

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov\_\_ ) C.F. \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

e-mail (STAMPATELLO) \_\_\_\_\_

\*PEC(STAMPATELLO)\* \_\_\_\_\_  
*obbligatoria per eventuali comunicazioni da parte della ASL*

**OBBLIGATORIO: apporre su questo primo foglio la MARCA DA BOLLO annullando la stessa e allegare sempre la fotocopia di un documento d'identità in corso di validità.**

**Chiede di essere incluso nella graduatoria valida per l'anno 2022 dei:**

medici specialisti ed odontoiatri: branca di \_\_\_\_\_

medici veterinari: branca di \_\_\_\_\_

professionisti biologi

professionisti chimici

professionisti psicologi

professionisti psicoterapeuti

(barrare una sola branca o disciplina)

(Dovrà essere presentata UNA DOMANDA PER OGNI SINGOLA BRANCA O DISCIPLINA nella quale lo specialista, veterinario o professionista chiede di essere incluso)

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

Data \_\_\_\_\_

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

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DI ATTO NOTORIO  
ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_

prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ M F C.F. \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Indirizzo residenza Via/Piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Domicilio Via \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445

**DICHIARA**

ai sensi e per gli effetti dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:

1.  di essere cittadino italiano o di altro Paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti (*specificare altro Paese*) \_\_\_\_\_

2. di possedere il diploma di: **laurea (DL) / laurea specialistica(LS)** della classe corrispondente in:

- Medicina e Chirurgia       Odontoiatria e Protesi Dentaria  
 Medicina Veterinaria       Biologia       Chimica       Psicologia

**conseguito in data** ...../...../..... **con voto** ...../.....  **senza lode**  **con lode**,  
presso l'Università .....

3. di essere iscritto all'**Albo professionale italiano** dei/degli.....  
(medici chirurghi-odontoiatri-veterinari-biologi-chimici-psicologi)  
presso l'Ordine provinciale/regionale di ..... dal...../...../.....

4. a) di essere in possesso delle seguenti **specializzazioni in** (obbligatoria anche per la grad. di Odontoiatria):

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

b) di essere in possesso del **titolo di:**

(n.b. per gli psicologi è titolo valido anche la psicoterapia riconosciuta ai sensi degli artt. 3 e 35 della legge n.56/89) come di seguito dichiarato:

- Psicoterapia **ex art. 35 legge 56/89** autorizzazione dall'Ordine degli Psicologi della Regione:  
..... il ...../...../.....
- Psicoterapia **ex art. 3 legge 56/89** il ...../...../..... **con voto** ...../.....  **senza lode**  **con lode**  
presso l'Istituto riconosciuto: ..... di.....  
(prov.....) Via/P.za..... n..... tel. ....

c) di essere in possesso di certificazione regionale attestante quanto previsto dall'art. 1, comma 522 della L.30 dicembre 2018, n. 145 (titolo valido solo per l'inserimento nella graduatoria relativa alla branca di Cure Palliative \_\_\_\_\_)

5. **-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, veterinario o professionista sanitario;

6. -di avere svolto la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, **come sostituto, incaricato provvisorio o incaricato a tempo determinato** presso Aziende Sanitarie ed altre Istituzioni pubbliche che applicano le norme dell'ACN vigente (*indicare il servizio svolto fino al 31 dicembre 2020*):

**ATTENZIONE:** 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.

**NON dichiarare altre attività svolte quali incarichi di dipendenza (anche a tempo determinato) ovvero incarichi di consulenza, contratti libero professionali, ecc.**

(specificare un totale ore annuo per ogni ASL o altro Ente e NON DICHIARARE I DATI GIA' DICHIARATI):

Branca .....	ASL .....	anno .....	ore tot. annuo.....
Branca .....	ASL .....	anno .....	ore tot. annuo.....
Branca .....	ASL .....	anno .....	ore tot. annuo.....
Branca .....	ASL .....	anno .....	ore tot. annuo.....
Branca .....	ASL .....	anno .....	ore tot. annuo.....
Branca .....	ASL .....	anno .....	ore tot. annuo.....
Branca .....	ASL .....	anno .....	ore tot. annuo.....
Branca .....	ASL .....	anno .....	ore tot. annuo.....

**di aver effettuato AL DI FUORI DELL'ORARIO DI SERVIZIO attività esterna ai sensi dell'art. 32 comma 5 vigente ACN, nella misura di seguito indicata:**

**N.B. è valutabile esclusivamente l'attività esterna svolta a decorrere dall'anno 2014.**

Branca .....	<u>attività esterna fuori orario servizio</u> ASL .....	<u>anno 20.....</u>	tot ore .....
Branca .....	<u>attività esterna fuori orario servizio</u> ASL .....	<u>anno 20.....</u>	tot ore .....
Branca .....	<u>attività esterna fuori orario servizio</u> ASL .....	<u>anno 20.....</u>	tot ore .....

**N.B. In caso di attività svolta in ALTRE REGIONI, indicare con precisione l'amministrazione competente, indirizzo completo e telefono; elementi obbligatori ai fini dell'accertamento sulla veridicità della dichiarazione prodotta (così come previsto all'art. 43, comma 1, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.):**

ASL/Ente \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici: \_\_\_\_\_

ASL/Ente \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici: \_\_\_\_\_

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.....