

*Comitato Consultivo Zonale
Medici Specialisti Ambulatoriali Interni,
Veterinari e altre Professionalità
Per la Provincia Di Crotone*

Pubblicazione dei fac-simili delle domande per l'inserimento nelle graduatorie degli specialisti ambulatoriali interni, dei veterinari e delle altre professionalità (biologi, chimici e psicologi), validi per l'anno 2022 Ai sensi dell'art. 19 ACN vigente approvato in data 31 marzo 2020 le domande per il primo inserimento o aggiornamento delle graduatorie predisposte dall'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone nella sede del comitato zonale per gli specialisti ambulatoriali, i veterinari e le altre professionalità (biologi, chimici e psicologi ambulatoriali) valide per l'anno 2022.

INDICAZIONI

Le domande dovranno essere inoltrate entro e non oltre il 31 gennaio 2021, a pena di inammissibilità delle domande presentate si precisa quanto segue:

Gli specialisti ambulatoriali interni, i veterinari, i biologi, i chimici gli psicologi residenti in Regione Calabria o residenti in altre regioni dovranno inviare le domande al competente ufficio dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone, sede di comitato zonale provinciale.

In considerazione delle attuali misure restrittive legate all'emergenza sanitaria COVID-19, si indica come esclusiva modalità di presentazione delle domande, in bollo, l'invio a mezzo PEC all'indirizzo PEC protocollo@pec.asp.crotone.it

Dovrà essere inviata una specifica domanda per ogni branca specialistica o categoria professionale in cui si richiede di essere inseriti, pertanto, qualora in possesso di requisiti utili a più graduatorie (ad esempio: psicologi/psicoterapeuti) per poter essere inseriti in ciascuna graduatoria il candidato dovrà presentare domande distinte per ogni branca/professione di interesse.

La modulistica dovrà essere compilata in stampatello al fine di agevolare la lettura dei dati contenuti nella domanda. In ottemperanza all'ACN vigente si precisa che le graduatorie che riguardano i Professionisti (Biologi, Chimici, Psicologi e Psicoterapeuti) saranno Provinciali, pertanto i candidati interessati - siano essi residenti in Calabria o in altre Regioni, dovranno inviare domanda al competente Ufficio della Azienda sede del Comitato Zonale.

L'uso di un modello diverso da quello pubblicato se privo di tutte le indicazioni contenute nel modello allegato al presente comunicato implica l'esclusione dalle graduatorie.

La domanda, sottoscritta dall'interessato, dovrà essere accompagnata dalla fotocopia non autenticata di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.

La marca da bollo presente sulla domanda dovrà essere annullata.

In caso di presentazione di più domande in branche diverse dovrà essere utilizzata una marca da bollo per ogni domanda.

Verrà eseguito il controllo informatico sul numero della marca utilizzata. Per l'accoglimento della domanda farà fede la data delle ricevute di accettazione e di avvenuta consegna della PEC.

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.

Si precisa che per numero ore si intendono le ore lavorate per la durata complessiva dell'incarico ottenuto, non sarà valutata la sola indicazione dell'orario settimanale.

Ai sensi di quanto indicato nell'allegato 1 dell'ACN vigente ai fini della valutazione saranno prese in considerazione esclusivamente le ore di attività svolta con incarico di sostituzione, incarichi provvisori e a tempo determinato effettuati nella branca specialistica o area professionale per cui si partecipa, presso Aziende sanitarie ed altre istituzioni pubbliche che applicano le norme dell'ACN vigente (INPS, INAIL, Ministero della Difesa, SASN, ecc).

Non sono valutabili le ore di attività effettuate con contratto libero professionale e di dipendenza.

Si ricorda altresì che ai sensi dell'ACN vigente per servizio svolto si intende quello effettuato dal 2 ottobre 2000 fino al 31 dicembre 2020.

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.

Sommario allegati:

- domande per i medici specialisti ambulatoriali, i medici veterinari, le altre professionalità (biologi, chimici e psicologi ambulatoriali);
- dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio, informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali, indirizzi delle Aziende sedi dei Comitati zionali della Lombardia a cui inviare le domande.
- allegato B autocertificazione informativa. I fac-simili delle domande potranno essere scaricati anche dal sito internet istituzionale dell'ASP di Crotone;

Comitato Consultivo Zonale
Medici Specialisti Ambulatoriali Interni,
Veterinari e altre Professionalità
Per la Provincia Di Crotone

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA:

Specialisti Ambulatoriali, Veterinari e altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi) 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

All'Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone
c/o Centro Direzionale "il Granaio"
Via Mario Nicoletta
88900 CROTONE

..I... sottoscritt_....., nat_ a.....
(prov.....) il.....M__F__Codice Fiscale..... Comune di
residenza.....(prov.....) Indirizzo
.....n.....Cap.....
telefono.....cellulare

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 2022 relativamente all'ambito zonale di..... 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 PEC
.....

Data.....

Firma per esteso autografa_____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO ai sensi ed agli effetti dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

-I sottoscritt_....., nat_ 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. 46 e 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 il diploma di laurea (DL)
- la laurea specialistica (LS) della classe corrispondente in
(medicina e chirurgia - odontoiatria e protesi dentaria - medicina veterinaria - biologia - chimica - psicologia):
- diploma di laurea con voto/110 senza lode con lode, conseguito presso l'Università di..... in data...../...../.....;
- laurea specialistica/magistrale con voto/100 senza lode con lode conseguita 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 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;

- 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 con massimale orario pari a 38 ore settimanali;
- di avere svolto la seguente attività professionale, ai sensi dell'ACN 31 marzo 2018, nella branca specialistica o area professionale, come sostituto, incaricato provvisorio o incaricato a tempo determinato (indicare il servizio svolto dal 2 ottobre 2000 fino al 31 dicembre dell'anno precedente):

Branca specialistica o area professionale	* N. ore Totali	dal	al	**Presso (indicare l'Azienda/Ente dove si è espletato il servizio)

N.B.: (*) e (**) si raccomanda di leggere attentamente le indicazioni per la compilazione.

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 autografa e per esteso

INFORMATIVA: ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679 Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuta la L'A.S.P. di riferimento.