

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

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA: SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, VETERINARI E ALTRE PROFESSIONALITA' (BIOLOGI,CHIMICI,PSICOLOGI) ART. 19 DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE 31 MARZO 2020 E S.M.I. PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON GLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, I VETERINARI E LE ALTRE PROFESSIONALITA' SANITARIE (BIOLOGI,CHIMICI PSICOLOGI) VALEVOLE PER L'ANNO 2023.

Marca da bollo € 16,00

Primo inserimento

Aggiornamento

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

..l... 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 2023 relativamente all'ambito zonale della Provincia di Crotone, nel cui territorio intende ottenere incarico. A tale fine acclude autocertificazione relativa ai requisiti ed ai titoli valutabili ai fini della graduatoria.

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,

-/- 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)

– di essere non essere disponibile per incarichi provvisori, a tempo determinato o per sostituzioni

(*) Indicare il n. complessivo di ore nel periodo;

(**) Al fine di poter procedere alle eventuali verifiche si raccomanda di indicare correttamente l’Azienda dove si è espletato il servizio e relativo recapito Aziendale.

__I__ 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.
- Di aver letto e compreso quanto stabilito e sancito dall’art. 19 di cui all’ACN 31/03/2020.

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.

La domanda deve essere sottoscritta e trasmessa unitamente alla copia del documento di identità controfirmato all’indirizzo pec protocollo@pec.asp.crotone.it

Indicare all’oggetto: Domanda di inclusione nella graduatoria – Specialisti Ambulatoriali Interni – valevole per l’anno 2023.