****

*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 2024.**

 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 - branca di.....................................................................................

⎕ odontoiatri -

⎕ medici veterinari: area....................................................................................................................

⎕ biologi

⎕ chimici

⎕ professionisti psicologi

⎕ professionisti psicoterapeuti;

a valere per l’anno 2024 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 Chiede che ogni comunicazione venga inviata consegnata a mano, presso l’ufficio del Comitato Zonale.

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,

 -l- 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.

\_\_l\_\_ 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 di Posta Elettronica Certificata (PEC) :**

**protocollo@pec.asp.crotone.it**