



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.54111 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

**COMITATO CONSULTIVO ZONALE
per la MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE VCO**

Sede legale : Via Mazzini, 117 – 28887 Omegna (VB)
Tel 0323 541552 Fax 0323 541399 e-mail dsanitaria@aslvco.it

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA

**MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI
(ESCLUSI MEDICI VETERINARI E PSICOLOGI
in relazione a graduatoria unica a livello regionale)**

VALEVOLE PER L'ANNO 2016

ai sensi dell'art. 21 dell'Accordo Collettivo Nazionale del 29/07/09 per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali i Veterinari ed altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi)

AL COMITATO ZONALE DEL VCO

(si prega di compilare la domanda in stampatello)

La/Il sottoscritta/o Dott.ssa/Dott. _____, nata/o il _____

a _____ (Prov. _____) M F

Codice Fiscale _____ Indirizzo Via/Piazza/Corso

_____ n° _____

Comune di residenza _____ (Prov. _____) Cap _____

Telefono _____

e-mail _____ (indicazione facoltativa utile per informazioni urgenti)

Chiede di essere inclusa/o nella graduatoria

- secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale del 29/07/09 per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali, medici veterinari ed altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi), ex art.8 del D.Lgs. n.502/92 e successive modificazioni -

della Specialità di _____

per i MEDICI Specialisti ed Odontoiatri

a valere per **l'anno 2016**, relativa alla **Provincia del VCO**, nel cui ambito territoriale intende ottenere l'incarico.

Il titolo valido per l'inclusione in graduatoria è costituito dalla specializzazione nella branche principali della specialità medica previste nell'Allegato A dell'A.C.N. del 29.07.2009





A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

Nel caso l'interessato sia in possesso di due o più specializzazioni che consentono l'inclusione in più graduatorie occorre presentare specifiche domande separate.

A tale fine acclude alla presente la seguente documentazione:

- a) autocertificazione informativa
- b) n°.....documenti relativi ai titoli in suo possesso, valutabili ai fini della graduatoria predetta e specificati nel prospetto interno

Chiede, inoltre, che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

la propria residenza

il domicilio sottoindicato:

c/o _____ Comune _____ (Prov. _____)

Indirizzo Via/Piazza/Corso _____ n° _____ Cap _____

Data _____

Firma per esteso

AVVERTENZE IMPORTANTI

La domanda, **in MARCA DA BOLLO da € 16,00**, deve essere spedita **a mezzo raccomandata A.R.** o consegnata all'ufficio protocollo Comitato Consultivo Zonale Medici Specialisti Ambulatoriali del VCO, presso A.S.L. VCO – Via Mazzini 117 – 28887 OMEGNA (VB), ***entro e non oltre il 31 Gennaio 2015***

Ai fini dell'attribuzione del relativo punteggio, la documentazione allegata deve essere tale da poterne consentire la valutazione e non si terrà conto di quella dalla quale non è possibile dedurre i dati di valutazione o di quella mancante rispetto a quanto dichiarato dall'aspirante.

Se la domanda è presentata personalmente al competente Ufficio del Comitato Zonale, la firma deve essere apposta all'atto della sua presentazione, avanti al dipendente addetto a riceverla.

Se viceversa, la domanda è presentata da un terzo o inviata per posta, deve essere già sottoscritta dall'interessato ed accompagnata dalla fotocopia (fronte/retro) non autenticata di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.

Ai fini della graduatoria sono valutabili i titoli professionali conseguiti fino al 31/12/2014



AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto/o Dott.ssa/Dott. _____,
nata/o il _____ M F
a _____ (Prov. _____)
Codice Fiscale _____
Indirizzo Via/Piazza/Corso _____ n° _____
Comune di residenza _____ (Prov. _____) Cap _____
Telefono _____
Recapito professionale nel Comune di _____ (Prov. _____)
Via/Piazza/Corso _____ n° _____ Cap _____ telefono _____
e-mail _____ (indicazione facoltativa utile per informazioni urgenti)

Dichiara, ai sensi e agli effetti della legge n.15 / 68 e successive modificazioni

1. di possedere il diploma di laurea (DL) ovvero la laurea specialistica (LS) della classe corrispondente in(medicina e chirurgia o odontoiatria e protesi dentaria, o medicina veterinaria, o biologia, o chimica, o psicologia) con voto/110 (DL)/100 (LS) conseguito/a presso l'Università di.....in data.....

2. di essere abilitato all'esercizio della professione di (medico chirurgo o odontoiatra, o medico veterinario, o biologo, o chimico, o psicologo) nella sessione.....presso l'Università di

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

4. di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:

in.....conseguita il.....presso l'Università di.....con voto.....
(massimo voti si no lode si no)

in.....conseguita il..... presso l'Università di.....con voto.....
(massimo voti si no lode si no)





in.....conseguita il..... presso l'Università di..... con voto.....

(massimo voti si no lode si no)

5. di avere / non avere (1) subito provvedimenti disciplinari da parte delle competenti Commissioni di Disciplina previste dall'attuale o dai precedenti Accordi.

Di essere / non essere (1) soggetto ad alcun provvedimento restrittivo di natura disciplinare comminato dall'Ordine.....

In caso affermativo, specificare il provvedimento disciplinare:

.....

6. di essere nella seguente posizione :

- a) avere / non avere (1) un rapporto di lavoro subordinato presso qualsiasi ente pubblico o privato con divieto di libero esercizio professionale
- b) svolgere / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale convenzionato
- c) essere / non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici pediatri di libera scelta
- d) esercitare / non esercitare (1) la professione medica con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfetariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio sanitario nazionale e che non adottino le clausole normative ed economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale
- e) operare / non operare (1) a qualsiasi titolo in case di cura convenzionate o accreditate con il S.S.N. (in caso affermativo, indicare 'Azienda.....')
- f) svolgere / non svolgere (1) attività fiscali per conto di Aziende (in caso affermativo indicare l'Azienda.....)
- g) 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.Lvo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni
- h) 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.Lvo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni
- i) operare / non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti o istituzioni private convenzionate o accreditate con le aziende per l'esecuzione di prestazioni specialistiche effettuate in regime di autorizzazione sanitaria ai sensi dell'art. 43 della legge n. 833/78 e dell'art. 8-ter del D.Lvo n. 229/99;
- l) essere / non essere (1) titolare di incarico nei servizi di guardia medica ai sensi del D.P.R. n.292/87 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 del D.Lvo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

m) percepire / non percepire (1) indennità di rischio in base ad altro rapporto lavorativo (in caso di risposta affermativa indicare il tipo di attività svolta..... e la misura dell'indennità percepita.....).

7. di avere svolto la seguente attività professionale nella branca o area professionale, come sostituto, incarico provvisorio e a tempo determinato.

(Vedi dichiarazione sostitutiva atto di notorietà allegati n. 1)

NOTE (2)

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, afferma che quanto sopra corrisponde al vero.

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

(1) Cancellare la parte che non interessa.

(2) 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. 24, relative alle modificazioni nel proprio stato di servizio.



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

ALLEGATO N. 1

Punto 7. Attività professionale nella branca, come sostituzioni, incarico provvisorio e a tempo determinato (Non devono essere indicati gli incarichi di dipendenza o le sostituzioni di dipendenza, né le borse di studio, né le consulenze, ma solo le convenzioni ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale 29/07/2009).

La/Il sottoscritta/o Dott.ssa/Dott. _____,

Dichiara, ai sensi e agli effetti della legge n. 15/68 e successive modificazioni
di avere svolto la seguente attività professionale

nella branca di _____,

ai sensi del vigente A.C.N., come sostituzioni, incarico provvisorio e a tempo determinato:

ATTIVITÀ PROFESSIONALE PERTINENTE ALLA BRANCA SUINDICATA					
INDICARE CON PRECISIONE L'AMMINISTRAZIONE COMPETENTE, INDIRIZZO COMPLETO E TELEFONO, ELEMENTI INDISPENSABILI PER IL REPERIMENTO DELLE INFORMAZIONI UTILI AD ACCERTARE LA VERIDICITA' DELLA DICHIARAZIONE PRODOTTA (ART. 43 DPR 445/2000), ALTRIMENTI NON VALUTABILE:					
ANNO	A.S.L / ENTI (*)	ORE SETTIMANALI	DAL	AL	Totale ore lavorate nel periodo
Totale ore anno _____					(1)

(1) Somma totale ore lavorate nel periodo, necessaria ai fini dell'attribuzione del relativo punteggio.



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

(*)

ASL _____ via _____ cap _____ Comune _____ () Tel. _____

ASL _____ via _____ cap _____ Comune _____ () Tel. _____

ASL _____ via _____ cap _____ Comune _____ () Tel. _____

ASL _____ via _____ cap _____ Comune _____ () Tel. _____

ASL _____ via _____ cap _____ Comune _____ () Tel. _____

ASL _____ via _____ cap _____ Comune _____ () Tel. _____

ASL _____ via _____ cap _____ Comune _____ () Tel. _____

La/Il sottoscritta/o, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, afferma che quanto sopra corrisponde al vero.

Data _____

Firma per esteso _____