



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

**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 2020

ai sensi dell'art. 17 dell'Accordo Collettivo Nazionale del 17/12/2015 per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali interni, i Veterinari ed altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi)

Primo inserimento

Aggiornamento

AL COMITATO ZONALE DEL VCO

Via Mazzini, 117
28887 - OMEGNA

(si prega di compilare la domanda in stampatello)

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

a _____ (Prov. _____) M F

Codice Fiscale _____ Comune di residenza _____

Indirizzo Via/Piazza/Corso _____ n° _____ (Prov. _____) Cap _____

Telefono _____

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

Chiede di essere inclusa/o nella graduatoria dei:

MEDICI Specialisti ed Odontoiatri:

branca di _____

a valere per l'anno **2020**, relativa all'ambito zonale della **Provincia del VCO**, nel cui ambito territoriale intende ottenere l'incarico.





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

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

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

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



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

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO

Ai sensi ed agli effetti dell'ART. 47 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445

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)

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

Dichiara, ai sensi e agli effetti dell'art. 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) 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)

- diploma di laurea con voto/110 (DL) senza lode con lode conseguito/a presso l'Università di.....in data.....

- laurea specialistica/magistrale con voto/100 senza lode con lode conseguito/a presso l'Università di.....in data.....

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

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





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 €)

di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza
competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministero 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 peri a 38 ore settimanali;

di avere svolto la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale
come sostituto, incaricato provvisorio o incaricato a tempo determinato (indicare il servizio
svolto sino al 31 dicembre dell'anno precedente):

Branca specialistica o area professionale presso _____

n. ore _____ dal _____ al _____

Branca specialistica o area professionale presso _____

n. ore _____ dal _____ al _____

Branca specialistica o area professionale presso _____

n. ore _____ dal _____ al _____

Branca specialistica o area professionale presso _____

n. ore _____ dal _____ al _____

Branca specialistica o area professionale presso _____

n. ore _____ dal _____ al _____

Branca specialistica o area professionale presso _____

n. ore _____ dal _____ al _____

Branca specialistica o area professionale presso _____

n. ore _____ dal _____ al _____

Branca specialistica o area professionale presso _____

n. ore _____ dal _____ al _____

Branca specialistica o area professionale presso _____

n. ore _____ dal _____ al _____

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.....



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

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

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza di un funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/200)

Firma apposta alla presenza di _____ con identificazione del dichiarante mediante _____

Il Funzionario _____

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 2020 - 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 Piemonte e sul sito istituzionale dell'A.S.L. V.C.O.
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 basa 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 l'Azienda Sanitaria del Verbano Cusio Ossola.

INFORMATIVA

- La domanda, in bollo, deve essere spedita a mezzo raccomandata A/R o consegnata a mano o trasmessa con modalità telematica (se definita dalla Regione), al competente ufficio dell'Azienda sede del Comitato Zonale, ovvero al competente ufficio dell'Azienda individuata dalla Regione, entro e non oltre il 31 Gennaio di ciascun anno;
- Se la domanda è presentata personalmente al competente ufficio dell'Azienda 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 non autenticata di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.
- Per l'accoglimento della domanda farà fede il timbro postale o il timbro apposto sulla domanda dall'ufficio competente se consegnata a mano o la data delle ricevute di accettazione e di avvenuta consegna per trasmissioni via PEC. La ricevuta rilasciata dall'ufficio postale o dall'Azienda Sanitaria, se consegnata a mano, 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 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.
- 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.

