

6. di essere in possesso delle seguenti **specializzazioni:**

Per gli psicologi in possesso della specializzazione in psicoterapia riconosciuta ai sensi dell'art. 35 della legge 56/1989 dovranno specificare l'ORDINE Regionale presso il quale è stata riconosciuta ed il Provvedimento (numero e data)

Ordine _____ N. e data del Provvedimento _____

Specializzazione in	Data di conseguimento	Presso l'Università/Scuola	Sede di	Voto	Indicare l'eventuale LODE
				___/___	
				___/___	
				___/___	

N.B. indicare sempre: l'Università/scuola di specializzazione con l'indirizzo completo e telefono presso la quale si è conseguito la specializzazione, elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni utili ad accertare la veridicità della dichiarazione prodotta (art. 43 DPR 445/2000); non saranno valutate le dichiarazioni non complete o imprecise.

Università/scuola: _____ Via _____

CAP _____ Città _____ tel. _____

7. di essere / non essere (1) nella medesima branca specialistica o area in cui opera, titolare di incarico a tempo indeterminato di specialistica ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario con massimale orario pari a 38 ore settimanali

8. 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 _____

9. di aver svolto/svolgere la seguente **attività professionale** nella branca o area professionale, **come sostituto, incarico provvisorio, a tempo determinato, a tempo indeterminato** – indicare il servizio svolto fino al 31 dicembre dell'anno precedente - (dopo il conseguimento del titolo valido per l'inclusione nella graduatoria) a favore di Aziende sanitarie ed altre Istituzioni pubbliche (Inps, Inail, Ministero della Difesa, SASN, ecc) **che applicano le norme del Vigente Accordo Collettivo Nazionale o degli Accordi Collettivi Nazionali per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali succedutesi nel tempo** – non è valutabile il servizio effettuato precedentemente al 2 ottobre 2000

N.B. indicare sempre: la struttura con l'indirizzo completo e telefono presso la quale si è prestato o si presta servizio, elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni utili ad accertare la veridicità della dichiarazione prodotta (art. 43 DPR 445/2000); le date iniziali e finali (gg/mm/aa) dei relativi periodi di attività ed il totale complessivo delle ore per ciascun periodo indicato (ore e minuti); non saranno valutate le dichiarazioni non complete o imprecise.

Branca o area professionale _____

Tipo incarico _____
(sostituzione, provvisorio, tempo determinato, tempo indeterminato)

Presso (Ente) _____ via _____ n. _____

CAP _____ Comune _____ (_____)

Dal _____ al _____

Totale ore lavorate intero periodo _____

Branca o area professionale

Tipo incarico _____
(sostituzione, provvisorio, tempo determinato, tempo indeterminato)

Presso (Ente) _____ via _____ n. _____

CAP _____ Comune _____ (_____)

Dal _____ al _____

Totale ore lavorate intero periodo _____

Branca o area professionale

Tipo incarico _____
(sostituzione, provvisorio, tempo determinato, tempo indeterminato)

Presso (Ente) _____ via _____ n. _____

CAP _____ Comune _____ (_____)

Dal _____ al _____

Totale ore lavorate intero periodo _____

I
Branca o area professionale

Tipo incarico _____
(sostituzione, provvisorio, tempo determinato, tempo indeterminato)

Presso (Ente) _____ via _____ n. _____

CAP _____ Comune _____ (_____)

Dal _____ al _____

Totale ore lavorate intero periodo _____

Ulteriori informazioni:

In mancanza di spazio è possibile fotocopiare il presente prospetto o allegare alla domanda una dichiarazione su carta semplice

- (1) cancellare la parte che non interessa
- (2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme del vigente Accordo. Indicare la denominazione, luogo ed indirizzo completo dell'Azienda Sanitaria o Istituzione
- (3) Indicare il totale complessivo delle ore (ore e minuti) effettivamente svolte nel periodo

di essere nella seguente posizione ai sensi dell'art. 25 dell'A.C.N.:

- di essere titolare di ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale
- di essere proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionale con il SSN ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni e integrazioni
- di esercitare attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Nazionale o di essere titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale

SI	NO
----	----

SI	NO
----	----

SI	NO
----	----

- di svolgere attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta, fatto salvo quanto previsto alla norma finale n. 2 SI NO
- di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di cui all'art. 19 e di svolgere contemporaneamente incarico a tempo determinato di cui all'art. 20 SI NO
- di esercitare la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo, retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al SSN e che non adottino le clausole economiche del presente Accordo e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi SI NO
- di svolgere funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale SI NO
- di 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 SI NO
- di operare, a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il SSN; è consentito esclusivamente lo svolgimento dell'attività istituzionale di cui al presente Accordo e secondo modalità definite a livello regionale SI NO
- di essere 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-quinquies del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni e integrazioni SI NO
- di essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni SI NO
- di fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente SI NO

Il sottoscritto, dichiara che quanto sopra corrisponde al vero, consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere potranno essere adottate sanzioni penali (v. art. 76 del D.P.R. 445/2000) e non avrà effetto il beneficio conseguito (v. art. 75 del D.P.R. 445/2000)

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.

AI SENSI DELLA LEGGE 196\2003 si comunica che i dati personali forniti con la presente dichiarazione saranno raccolti presso questa Azienda per i Servizi Sanitari per le finalità di gestione della graduatoria e saranno trattati presso una banca dati automatizzata successivamente all'eventuale istituzione del rapporto di lavoro, per finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo. Il conferimento di tali dati è obbligatorio ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione, pena l'esclusione dalla graduatoria.

Firma per esteso in originale
del Dichiarante non soggetta
ad autenticazione

Data: _____

PER FIRMA APPOSTA ALLA PRESENZA DI UN FUNZIONARIO:

Si attesta che, ai sensi dell'art. 38 comma 3, del D.P.R. n. 445/2000, il presente documento è stato sottoscritto in presenza del dipendente addetto.

Estremi del documento di riconoscimento

Firma del dipendente addetto

=====

Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196 del 30 giugno 2003 e in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo che:

- il trattamento dei dati personali raccolti è finalizzato esclusivamente all'espletamento da parte di questa Azienda Sanitaria – per la formazione delle graduatorie provinciali dei medici specialisti ambulatoriali/veterinari/professionisti valide per l'anno 2020;
- Il trattamento viene effettuato avvalendosi anche di mezzi informatici;
- Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra, pertanto, in caso di rifiuto, Lei non potrà essere inserito in detta graduatoria.
- L'art. 7 del citato D.Lgs. Le conferisce l'esercizio di specifici diritti, tra cui quello 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.
- Titolare del trattamento dei dati è l'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Foggia – Via Michel Protano snc – 71121 FOGGIA nella persona del Direttore Generale.

INFORMATIVA

- La domanda, in competente bollo, potrà essere spedita entro e non oltre il 31/01/2019:
 1. a mezzo raccomandata A/R, all'ASL FG AREA GESTIONE RISORSE UMANE – UNITA' OPERATIVA PERSONALE CONVENZIONATO – VIA MICHELE PROTANO SNC 71121 FOGGIA;
 2. mediante consegna diretta all'Ufficio Protocollo dell'ASL FG - VIA MICHELE PROTANO SNC 71121
 3. a mezzo posta elettronica certificata obbligatoriamente intestata all'interessato al seguente indirizzo:
comitatozonalefoggia@mailcert.aslfg.it
- La domanda, sottoscritta dall'interessato dovrà obbligatoriamente essere 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 di partenza.
Non saranno prese in considerazione le domande spedite oltre il termine del 31/01/2019
- 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, il tipo di incarico (sostituzione, provvisorio, a tempo determinato, a tempo indeterminato, libero professionale ecc...) ed il numero totale di ore di incarico svolte.