

A.C.N. 17 /12/2016 SPECIALISTICA AMBULATORIALE ED ALTRE PROFESSIONALITA'
GRADUATORIE - DOMANDE - REQUISITI.
ART. 17

- Lo specialista, il veterinario o il professionista che aspiri a svolgere la propria attività nell'ambito delle strutture del SSN di cui all'art. 2, comma 1, in qualità di sostituto o incaricato, deve inoltrare apposita domanda entro e non oltre il 31 gennaio di ciascun anno, a mezzo raccomandata A/R o mediante consegna diretta al competente ufficio dell'Azienda ove ha sede il Comitato zonale di riferimento nel cui territorio di competenza aspiri ad ottenere l'incarico ovvero al competente ufficio dell'Azienda delegata ai sensi del successivo comma
 - La domanda, in bollo, deve contenere le dichiarazioni, rese ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, atte a provare il possesso dei titoli professionali, conseguiti fino al 31 dicembre dell'anno precedente, elencati nella dichiarazione stessa.
 - Gli aspiranti all'iscrizione in graduatoria non devono trovarsi nella condizione di cui all'art. 25, comma 1, lett. h) e l) e devono possedere alla scadenza del termine per la presentazione della domanda i seguenti requisiti:
 - a) cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE;
 - b) iscrizione all'Albo professionale;
 - c) diploma di laurea in medicina e chirurgia, odontoiatria e protesi dentaria, medicina veterinaria, psicologia, scienze biologiche, chimica, ovvero la laurea specialistica della classe corrispondente;
 - d) diploma di specializzazione in una delle branche specialistiche della area medica, veterinaria o della categoria professionale interessata, previste nell'allegato 2. L'iscrizione all'Albo professionale degli Odontoiatri di cui alla Legge 24 luglio 1985 n. 409 è titolo corrispondente alla specializzazione di odontostomatologia ed è valida per l'inclusione in graduatoria.
- Il titolo di specializzazione in psicoterapia, riconosciuto ai sensi degli articoli 3 e 35 della Legge 18 febbraio 1989 n. 56 come equipollente al diploma rilasciato dalle corrispondenti scuole di specializzazione universitaria, è valido in riferimento allo psicologo per la disciplina di psicologia ed al medico o allo psicologo per la disciplina di psicoterapia.
- La domanda di inclusione in graduatoria deve essere rinnovata di anno in anno e deve contenere le dichiarazioni concernenti i titoli accademici o professionali che comportino modificazioni nel precedente punteggio a norma dell'allegato 1.
 - Gli specialisti ambulatoriali, i veterinari ed i professionisti già titolari di incarico a tempo indeterminato che abbiano raggiunto il massimale orario di cui all'art. 26, comma 1 del presente Accordo non possono fare domanda di inserimento nelle graduatorie per la medesima branca specialistica o area in cui già operano.
 - L'Azienda sede del Comitato zonale di riferimento provvede alla formazione di una graduatoria provinciale per titoli, con validità annuale:
 - per ciascuna branca specialistica, secondo i criteri di cui all'allegato 1, relativamente agli specialisti ambulatoriali ed ai veterinari;
 - per ciascuna categoria professionale, secondo i criteri di cui all'allegato 1, per gli altri professionisti.
 - La graduatoria provvisoria è resa pubblica entro il 30 settembre sul sito istituzionale della Azienda sede del Comitato zonale.
 - Entro 30 giorni dalla pubblicazione gli interessati possono presentare all'Azienda Sanitaria sede del Comitato zonale istanza motivata di riesame della loro posizione in graduatoria.
 - Le graduatorie hanno validità dal 1° gennaio al 31 dicembre dell'anno successivo alla data di presentazione della domanda.
 - Nelle graduatorie non vengono più conteggiate le branche affini.

La domanda può essere inviata anche a mezzo PEC : protocollo@pec.asl1.liguria.it

Per informazioni:

telefonare al numero: 0184/534836

oppure inviare mail: xx.medicina.base@asl1.liguria.it

ALLEGATO A

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA: Specialisti Ambulatoriali, Veterinari e altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi)

art. 17 dell'Accordo Collettivo Nazionale 17 dicembre 2015 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, i veterinari e le altre professionalità (biologi, chimici, psicologi)

Primo inserimento

Aggiornamento



Al Comitato Zonale Specialistica Ambulatoriale
Asl1 Imperiese
Via Aurelia 97

BUSSANA DI SANREMO (IM)

.....
Il sottoscritto....., nato a.....
(prov.....)il.....M_F__Codice Fiscale.....
Comune di residenza.....(prov.....)
Indirizzon.....Cap.....
telefono.....
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 **2018** relativamente all'ambito zonale di IMPERIA
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 al seguente indirizzo:

.....

Data.....Firma per esteso.....

**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....., nato a.....
(prov.....)il.....M_F__Codice Fiscale.....
Comune di residenza.....(prov.....)
Indirizzon.....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. 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

..... 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 nella branca specialistica o area professionale, come sostituto, incaricato provvisorio o incaricato a tempo determinato (*indicare il servizio svolto fino al 31 dicembre dell'anno precedente*):

Branca specialistica o area professionale	presso (2)	n. ore	dal	al
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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 del 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 445/2000).

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 2017. 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 e sul sito istituzionale di ciascuna Azienda della Regione Liguria*
- 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 Imperiese*

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.