

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA ANNO 2026

ART. 19 ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITA' SANITARIE (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI) 04.04.2024

LA PRESENTE DOMANDA È VALIDA PER L'INCLUSIONE IN UNA SINGOLA BRANCA

Nel caso l'interessato sia in possesso di due o più titoli di specializzazione che consentano l'inclusione in più graduatorie, occorre presentare specifiche domande separate.

Primo inserimento

Aggiornamento

**Incollare
marca da
bollo
€. 16,00**

**All'Azienda Sanitaria Universitaria
Giuliano Isontina**

PEC: asugi@certsanita.fvg.it

(Si prega di compilare la domanda in stampatello)

<u>_I_ sottoscritt_</u>	_____ (Cognome)	_____ (Nome)
-------------------------	-----------------	--------------

chiede di essere inclus__ nella graduatoria dei: (indicare una singola branca)

secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (Biologi, Chimici, Psicologi), ex art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni.

- Medici specialisti: branca di _____
- Medici veterinari: area _____
- Odontoiatri (in possesso del diploma di specializzazione di cui all'allegato 2 ACN)
- Biologi
- Chimici
- Professionisti psicologi
- Professionisti psicoterapeuti

A valere per l'anno **2026** relativamente al territorio dell'Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina, nell'ambito del quale intende ottenere incarico di specialista/professionista ambulatoriale.

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

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso il seguente indirizzo PEC _____

(N.B.: l'indirizzo PEC costituisce domicilio legale ai fini delle comunicazioni con l'Azienda sanitaria).

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

ai sensi dell'art. 46 (dichiarazioni sostitutive di certificazione) e dell'art. 47 (dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà)
del D.P.R. n. 445/2000

**L'AMMINISTRAZIONE E' TENUTA AD EFFETTUARE IDONEI CONTROLLI SULLA VERIDICITA' DELLE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE RESE
(ART. 71) CON LE MODALITA' DI CUI ALL'ART. 43 (ACCERTAMENTO D'UFFICIO)**

(Si prega di compilare la domanda in stampatello)

<u>_I_ sottoscritt_</u>	_____ (Cognome)	_____ (Nome)
-------------------------	--------------------	-----------------

DICHIARA

ai sensi e per gli effetti della legge 445/2000 e successive modificazioni

- di essere cittadino italiano
 di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE (specificare) _____
- di essere **nato a** _____ (prov.) _____ il _____
Cod.Fisc. !_!_!_!_!_!_!_!_!_!_!_!_!_!_!_!_!
- di essere **residente** nel Comune di _____
(prov.) _____ in Via _____
n. _____ cap. _____ tel. _____ cell. _____
e.mail _____
- di **possedere** il diploma di laurea ovvero di laurea specialistica o magistrale con voto _____ su _____
(indicare l'eventuale lode) _____ della classe corrispondente in: (barrare la voce che interessa)
medicina e chirurgia ; odontoiatria e protesi dentaria ; medicina veterinaria ; biologia ; chimica ;
psicologia .
Conseguito/a presso l'Università di _____ sede 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:**
medici chirurghi o degli odontoiatri ; veterinari ; biologi ; chimici ; psicologi ;
presso l'Ordine provinciale regionale nazionale di _____ dal _____
- 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. _____

IN CASO DI SPECIALIZZAZIONE CONSEGUITA ALL'ESTERO:

dichiara che la stessa è stata riconosciuta con DM n. _____ di data _____

8. 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

9. 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 _____

***(1) Cancellare la parte che non interessa.**

10. di aver svolto la seguente **attività professionale** nella branca o area professionale, **come sostituto, incarico provvisorio e a tempo determinato** – 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. **Indicare anche l'eventuale cessazione da incarico a tempo indeterminato.**

Branca o area professionale: _____

Tipo di incarico: SOSTITUTO PROVVISORIO T. DETERMINATO T. INDETERMINATO

Presso ASL _____

via _____ n. _____

CAP _____ Comune _____ (____) tel. _____

dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa) per:

Totale complessivo ORE e MINUTI (espressi in sessantesimi) <u>effettivamente</u> svolte nel periodo	
N. ORE _____	E MINUTI _____

Branca o area professionale: _____

Tipo di incarico: SOSTITUTO PROVVISORIO T. DETERMINATO T. INDETERMINATO

Presso ASL _____

via _____ n. _____

CAP _____ Comune _____ (____) tel. _____

dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa) per:

Totale complessivo ORE e MINUTI (espressi in sessantesimi) <u>effettivamente</u> svolte nel periodo	
N. ORE _____	E MINUTI _____

Branca o area professionale: _____

Tipo di incarico: SOSTITUTO PROVVISORIO T. DETERMINATO T. INDETERMINATO

Presso ASL _____

via _____ n. _____

CAP _____ Comune _____ (____) tel. _____

dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa) per:

Totale complessivo ORE e MINUTI (espressi in sessantesimi) <u>effettivamente</u> svolte nel periodo	
N. ORE _____	E MINUTI _____

Branca o area professionale: _____

Tipo di incarico: SOSTITUTO PROVVISORIO T. DETERMINATO T. INDETERMINATO

Presso ASL _____

via _____ n. _____

CAP _____ Comune _____ (____) tel. _____

dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa) per:

Totale complessivo ORE e MINUTI (espressi in sessantesimi) <u>effettivamente</u> svolte nel periodo	
N. ORE _____	E MINUTI _____

Branca o area professionale: _____

Tipo di incarico: SOSTITUTO PROVVISORIO T. DETERMINATO T. INDETERMINATO

Presso ASL _____

via _____ n. _____

CAP _____ Comune _____ (____) tel. _____

dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa) per:

Totale complessivo ORE e MINUTI (espressi in sessantesimi) <u>effettivamente</u> svolte nel periodo	
N. ORE _____	E MINUTI _____

Branca o area professionale: _____

Tipo di incarico: SOSTITUTO PROVVISORIO T. DETERMINATO T. INDETERMINATO

Presso ASL _____

via _____ n. _____

CAP _____ Comune _____ (_____) tel. _____

dal _____ (gg/mm/aa) al _____ (gg/mm/aa) per:

Totale complessivo ORE e MINUTI (espressi in sessantesimi) <u>effettivamente</u> svolte nel periodo	
N. ORE _____	E MINUTI _____

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

NB: Non saranno valutate dichiarazioni incomplete o imprecise; ciò comporterà la non attribuzione dei relativi punteggi. Vanno indicati esattamente il numero delle ore di attività svolte, il periodo di svolgimento e l'Azienda/Ente presso la quale è stata svolta l'attività. Si precisa che per numero di ore si intendono le ore effettivamente lavorate nel corso dell'incarico ottenuto: non sarà presa in considerazione, quindi, la sola indicazione dell'orario settimanale, con la conseguente NON attribuzione di alcun punteggio. Ai sensi di quanto indicato nell'allegato 1 dell'ACN vigente, ai fine della valutazione saranno prese in considerazione esclusivamente le ore di attività svolte con incarico di sostituzione, incarichi provvisori e incarichi a tempo determinato effettuati nella branca specialistica o area professionale per cui si partecipa, presso Aziende sanitarie ed altre istituzioni pubbliche 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 (INPS, INAIL, Ministero della Difesa, ecc). Non saranno valutabili le ore di attività effettuate con contratto libero professionale o di dipendenza. Indicare sempre la struttura con l'indirizzo completo e telefono presso la quale si e' 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).

11. di essere nella seguente posizione ai sensi dell'art. 27 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; SI NO
- di essere proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionale con il SSN ai sensi del D.P.R. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni e integrazioni; SI NO
- 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
- 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. 21 e di svolgere contemporaneamente incarico a tempo determinato di cui all'art. 22; 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

I sottoscritt dichiara altresì:

- 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);
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR 2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento;
- di avere assolto al pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00 dovuta, tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo sul cartaceo del documento trattenuto presso il/la sottoscritto/a, identificata come segue:
 - DATA E ORA DI EMISSIONE _____
 - IDENTIFICATIVO n. _____
- di conservare l'originale della domanda con apposta la marca da bollo per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione richiedente;
- di avere preso visione delle istruzioni.

Data: _____

Firma per esteso
del Dichiarante non soggetta
ad autenticazione

(firma)

N.B. ALLEGARE COPIA NON AUTENTICATA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA' DEL SOTTOSCRITTORE.

=====

Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 Regolamento Europeo n. 679/2016 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 della formazione delle graduatorie dei medici specialisti ambulatoriali/veterinari/professionisti valide per l'anno 2021 relative ai territori della UTI Giuliana, della UTI Collio-Alto Isonzo di Gorizia e della UTI Carso Isonzo Adriatico di Monfalcone;
- 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.
- i dati personali saranno allegati al provvedimento deliberato dal Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria e pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Friuli Venezia Giulia;
- sui Suoi dati personali Lei potrà esercitare i diritti riconosciutigli dagli artt. da 15 a 22 del summenzionato Regolamento Europeo n. 679/2016, 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.

DATA _____

FIRMA per esteso del dichiarante
(non soggetta ad autenticazione)