

## PARTE PRIMA

**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA**

art. 21 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali ed altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi)

Bollo

AL COMITATO ZONALE DI.....

Il sottoscritto Dott....., nato a.....(prov.....)  
 il..... M\_\_ F\_\_ Codice Fiscale.....  
 Comune di residenza.....(prov.....)  
 Indirizzo Via .....n.....Cap..... telefono.....  
 Recapito professionale nel Comune di.....(prov.....)  
 Via.....n.....Cap.....telefono.....

Chiede di essere incluso nella graduatoria

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

di.....per i medici specialisti ed odontoiatri  
 di.....per i biologi  
 di.....per i chimici  
 di.....per gli psicologi (disciplina di psicologia o psicoterapia)

a valere per l'anno....., relativa alla Provincia di.....  
 nel cui ambito territoriale intende ottenere incarico ambulatoriale.

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 che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

la propria residenza

il domicilio sottoindicato:

c/o.....Comune.....Provincia.....indirizzo  
 .....n.....CAP.....

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

## Avvertenze importanti

- I documenti comprovanti il possesso dei titoli dichiarati devono essere in regola con le norme sull'imposta di bollo e le disposizioni di legge vigenti.
- 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 e' 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 e' presentata da un terzo o inviata per posta, deve essere gia' sottoscritta dall'interessato ed accompagnata dalla fotocopia non autenticata di un documento di identita' in corso di validita' del sottoscrittore.

PARTE SECONDA

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott....., nato a.....(prov.....)
il..... M\_\_ F\_\_ Codice Fiscale.....
Comune di residenza.....(prov.....)
Indirizzo Via .....n.....Cap..... telefono.....
Recapito professionale nel Comune di.....(prov.....)
Via.....n.....Cap.....telefono.....

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

1. di essere laureato in ..... (medicina e chirurgia o odontoiatria, o biologia, o chimica, o psicologia) con voto..... presso l'Università di..... in data.....

2. di essere abilitato all'esercizio della professione di..... (medico chirurgo o odontoiatra, 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 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.....

5. di essere in possesso delle seguenti libere docenze:

- in.....con Decreto Ministeriale del.....
in.....con Decreto Ministeriale del.....
in.....con Decreto Ministeriale del.....
in.....con Decreto Ministeriale del.....

6. di essere in possesso dei seguenti dottorati di ricerca:

- in.....con Decreto Ministeriale del.....
in.....con Decreto Ministeriale del.....
in.....con Decreto Ministeriale del.....
in.....con Decreto Ministeriale del.....

7. 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:

.....

8. 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 l'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.L.vo 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.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni
- 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.....)

( segue per gli Specialisti ambulatoriali)

9. di avere svolto la seguente attività professionale nella branca, come sostituto, provvisorio e a tempo determinato:  
(non è valutabile il servizio effettuato precedentemente l'anno 2000)

Branca.....Asl.....ore.....sett.....dal.....al.....  
Branca.....Asl.....ore.....sett.....dal.....al.....  
Branca.....Asl.....ore.....sett.....dal.....al.....  
Branca.....Asl.....ore.....sett.....dal.....al.....  
Branca.....Asl.....ore.....sett.....dal.....al.....  
Branca.....Asl.....ore.....sett.....dal.....al.....  
Branca.....Asl.....ore.....sett.....dal.....al.....

NOTE (2)

.....  
.....  
.....  
.....

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, 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.10 della l. 675/96 e successive modificazioni, 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, utilizzabile anche per le comunicazioni, ai comitati di cui all'art. 24, relative al modificazioni nel proprio stato di servizio.**

**(segue per Biologi - Chimici - Psicologi)**

9. di avere svolto la seguente attività professionale in qualità di  
Biologo/Chimico/Psicologo (1)  
presso strutture del S.S.N., Comuni, Province, Regioni, Istituti universitari, Ministeri, Enti privati  
equiparati, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, Enti ed istituti pubblici di ricerca,  
strutture private:

Dal.....al.....presso.....per n. ore settimanali.....  
Nel servizio di.....con la qualifica di.....

Dal.....al.....presso.....per n. ore settimanali.....  
Nel servizio di.....con la qualifica di.....

Dal.....al.....presso.....per n. ore settimanali.....  
Nel servizio di.....con la qualifica di.....

10. di avere svolto la seguente attività professionale in qualità di  
Biologo volontario/Chimico volontario/Psicologo volontario (1)  
Presso strutture pubbliche, regolarmente deliberata dall'Ente

Dal.....al.....presso.....  
Nel servizio di.....con la qualifica di.....

Dal.....al.....presso.....  
Nel servizio di.....con la qualifica di.....

11. di avere frequentato i seguenti corsi di perfezionamento o aggiornamento, di durata non  
inferiore a 30 ore o a 4 giorni, formalmente documentati con attestazione di frequenza, in una  
delle discipline della  
Biologia/Chimica/Psicologia (1)

N.B.: Non sono valutabili i corsi di aggiornamento obbligatori per contratto o convenzione.

Corso in .....seguito dal .....al ..... per complessive  
Ore/giorni/anni.....presso.....

Corso in .....seguito dal .....al ..... per complessive  
Ore/giorni/anni.....presso.....

Corso in .....seguito dal .....al ..... per complessive  
Ore/giorni/anni.....presso.....

Corso in .....seguito dal .....al ..... per complessive  
Ore/giorni/anni.....presso.....

Corso in .....seguito dal .....al ..... per complessive  
Ore/giorni/anni.....presso.....

Corso in .....seguito dal .....al ..... per complessive  
Ore/giorni/anni.....presso.....

Corso in .....seguito dal .....al ..... per complessive  
Ore/giorni/anni.....presso.....

Corso in .....seguito dal .....al ..... per complessive  
Ore/giorni/anni.....presso.....

12. di avere conseguito idoneità in pubblico concorso (valutabile solo la prima idoneità):  
concorso a.....  
presso.....anno.....

13. di essere iscritto all'Ordine Nazionale / Regionale / Provinciale dei Biologi/ Chimici/ Psicologi  
(1)  
dal.....

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.10 della legge 675/96 e successive modificazioni, 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, e' utilizzata anche per le comunicazioni, ai comitati di cui all'art. 24, relative alle modificazioni nel proprio rapporto convenzionale.**