

**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA: SPECIALISTI AMBULATORIALI,
VETERINARI E ALTRE PROFESSIONALITA' (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI)
ANNO 2015**

(art. 21 Accordo Collettivo Nazionale 23 marzo 2005 e successive modifiche ed integrazioni per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali, veterinari ed altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi))

La presente domanda è valida per l'inclusione in una singola branca / area

**BOLLO
€ 16.00**

**Comitato Consultivo Zonale di Bologna
c/o Azienda USL di Bologna
Via Sant'Isaia, 94/a
40123 BOLOGNA**

Il/La sottoscritt_ Dott. _____, nato a _____
(prov.____) il _____, M F Codice Fiscale _____
residente a _____ (prov.____) Indirizzo _____ n. _____
CAP. _____ telefono _____ indirizzo e- mail _____

chiede di essere incluso nella graduatoria dei:

- medici specialisti ed odontoiatri: branca di _____
- medici veterinari: area A area B area C
- biologi
- chimici
- professionisti psicologi
- professionisti psicoterapeuti

a valere **per l'anno 2015** relativa alla provincia di

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> BOLOGNA | <input type="checkbox"/> PIACENZA |
| <input type="checkbox"/> FERRARA | <input type="checkbox"/> RAVENNA |
| <input type="checkbox"/> FORLI'/CESENA | <input type="checkbox"/> REGGIO EMILIA |
| <input type="checkbox"/> MODENA | <input type="checkbox"/> RIMINI |
| <input type="checkbox"/> PARMA | |

nel cui ambito territoriale intende ottenere incarico. A tale fine acclude alla presente la seguente documentazione:

- a) dichiarazione sostitutiva di certificazione/atto notorio (Allegato A)
- 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 (all'indirizzo sopra riportato)
- il seguente domicilio: c/o _____ Comune _____
Provincia _____ Indirizzo _____ n. _____ Cap. _____.

Data _____ Firma per esteso _____

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio (Allegato A)

Il/la sottoscritt _____ Dott. _____

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000

DICHIARA

1. di possedere diploma di laurea (DL) ovvero la laurea specialistica/magistrale (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 senza lode con lode , conseguito presso l'Università di _____ in data ____/____/____; (*indicare giorno/mese/anno*)

laurea specialistica/magistrale con voto ____/100 senza lode con lode , conseguita presso l'Università di _____ in data ____/____/____; (*indicare giorno/mese/anno*)

2. 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 _____;

3. di essere **attualmente** 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 _____

4. di essere iscritto all'Albo di cui sopra dal ____/____/____; (*indicare giorno/mese/anno della **prima iscrizione all'Albo e non la data di iscrizione all'Ordine Provinciale/Regionale attuale***)

5. di essere in possesso delle seguenti specializzazioni (**TITOLO NECESSARIO PER L'ISCRIZIONE**) in:

_____ conseguita in data ____/____/____; (*indicare giorno/mese/anno*) presso l'Università di _____ con voto _____ senza lode / con lode

_____ conseguita in data ____/____/____; (*indicare giorno/mese/anno*) presso l'Università di _____ con voto _____ senza lode / con lode

_____ conseguita in data ____/____/____; (*indicare giorno/mese/anno*) presso l'Università di _____ con voto _____ senza lode / con lode

_____ conseguita in data ____/____/____; (*indicare giorno/mese/anno*) presso l'Università di _____ con voto _____ senza lode / con lode

L'autocertificazione informativa (Allegato B parte seconda dell'ACN) per l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità è rinviata al momento della comunicazione di disponibilità all'accettazione dell'incarico.

6. di avere svolto la seguente attività convenzionale **ai sensi dell'ACN 23.03.2005 e s.m.i.** nella branca o area professionale, come **sostituto, incarico provvisorio e a tempo determinato**, nella branca principale o area professionale, a favore di Aziende Sanitarie ed altre Istituzioni pubbliche che applicano le norme dell'ACN (INPS, INAIL, Ministero della Difesa; Servizio Assistenza Sanitaria ai Naviganti.....):

A) Incarichi di sostituzione formalmente conferiti ai sensi dell'ACN 23.03.2005 e s.m.i.: (*)

- Branca o area professionale _____ presso (2) _____

ore complessive _____ dal _____ al _____

- Branca o area professionale _____ presso (2) _____

ore complessive _____ dal _____ al _____

- Branca o area professionale _____ presso (2) _____

ore complessive _____ dal _____ al _____

- Branca o area professionale _____ presso (2) _____

ore complessive _____ dal _____ al _____

- Branca o area professionale _____ presso (2) _____

ore complessive _____ dal _____ al _____

- Branca o area professionale _____ presso (2) _____

ore complessive _____ dal _____ al _____

- Branca o area professionale _____ presso (2) _____

ore complessive _____ dal _____ al _____

- Branca o area professionale _____ presso (2) _____

ore complessive _____ dal _____ al _____

- Branca o area professionale _____ presso (2) _____

ore complessive _____ dal _____ al _____

B) Incarichi provvisori formalmente conferiti ai sensi dell'ACN 23.03.2005 e s.m.i.: (*)

- Branca o area professionale _____ presso (2) _____

ore complessive _____ dal _____ al _____

- Branca o area professionale _____ presso (2) _____

ore complessive _____ dal _____ al _____

- Branca o area professionale _____ presso (2) _____

ore complessive _____ dal _____ al _____

- Branca o area professionale _____ presso (2) _____

ore complessive _____ dal _____ al _____

- Branca o area professionale _____ presso (2) _____

ore complessive _____ dal _____ al _____

- Branca o area professionale _____ presso (2) _____

ore complessive _____ dal _____ al _____

- Branca o area professionale _____ presso (2) _____

ore complessive _____ dal _____ al _____

- Branca o area professionale _____ presso (2) _____

ore complessive _____ dal _____ al _____

- Branca o area professionale _____ presso (2) _____

ore complessive _____ dal _____ al _____

- Branca o area professionale _____ presso (2) _____

ore complessive _____ dal _____ al _____

- Branca o area professionale _____ presso (2) _____

ore complessive _____ dal _____ al _____

- Branca o area professionale _____ presso (2) _____

ore complessive _____ dal _____ al _____

C) Incarichi a tempo determinato formalmente conferiti ai sensi dell'ACN 23.03.2005 e s.m.i.:(*)

- Branchia o area professionale _____ presso (2) _____

ore complessive _____ dal _____ al _____

- Branchia o area professionale _____ presso (2) _____

ore complessive _____ dal _____ al _____

- Branchia o area professionale _____ presso (2) _____

ore complessive _____ dal _____ al _____

- Branchia o area professionale _____ presso (2) _____

ore complessive _____ dal _____ al _____

(*) Si ricorda che viene valutata SOLO l'attività svolta in qualità di sostituzioni, incarichi provvisori e a tempo determinato effettuati, nella branca principale o area professionale, a favore di Aziende sanitarie ed altre Istituzioni pubbliche che applicano le norme dell'ACN 23.03.2005 e s.m.i. (Inps, Inail, Ministero della Difesa, SASN, etc). 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 incarico svolte, il periodo di svolgimento e l'Azienda USL presso la quale è stata svolta l'attività

NOTE (3)

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 _____

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

(1) cancellare la parte che non interessa

(2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme del presente accordo

(3) Spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste

Allegato B

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (art. 47 DPR n. 445 del 28/12/2000)

il sottoscritto Dr. _____ nato a _____

residente a _____ Via _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000,

D I C H I A R A

che le fotocopie dei titoli allegati e sottoelencati, sono conformi agli originali in possesso del sottoscritto:

1..... 6.....

2..... 7.....

3..... 8.....

4..... 9.....

5..... 10.....

Data _____

Firma (*)

(*) La firma non è soggetta ad autenticazione se apposta in presenza del dipendente competente a ricevere la documentazione. Nel caso in cui la domanda di iscrizione alla graduatoria venga spedita dovrà essere allegata copia fotostatica di documento di identità in corso di validità del sottoscrittore. La mancanza di sottoscrizione comporta la nullità della dichiarazione sostitutiva.

(Si suggerisce, onde evitare disguidi, di firmare e numerare le fotocopie allegate)

Azienda USL di Bologna

Ai sensi dell'art.21 DPR 445/2000 io sottoscritto _____, certifico che la suddetta dichiarazione è stata resa e sottoscritta in mia presenza dal dichiarante, della cui identità mi sono accertato a mezzo di _____ (estremi documento).

Data, _____ Firma _____

AVVERTENZE GENERALI

E' prevista la presentazione di un'unica domanda di inserimento in graduatoria, con l'indicazione degli ambiti provinciali della Regione Emilia-Romagna di interesse.

- La domanda deve essere spedita **esclusivamente** al **Comitato Consultivo Zonale di Bologna, c/o Azienda USL di Bologna- Via Sant'Isaia, 94/a - 40123 BOLOGNA** con Raccomandata A.R. o consegnata direttamente presso la medesima sede entro il 31 Gennaio 2014. A tal fine farà fede il timbro postale;
- La domanda **in bollo** (€ 16.00) può essere consegnata direttamente al competente ufficio, in Via Sant'Isaia, 94/a, Bologna – primo piano – stanza 18 -, dal 2 al 31 gennaio 2014, **dal lunedì al venerdì dalle ore 10.00 alle ore 12.00 e solo nel giovedì pomeriggio dalle ore 14.30 alle ore 16.30**. Per ulteriori informazioni telefonare ai nnr. 051/6584663 – 051/6584661 – 051/6584660;
- La mancata sottoscrizione della domanda o della dichiarazione sostitutiva, la spedizione o consegna oltre il termine del 31 gennaio 2014, comportano l'esclusione dalla graduatoria;
- Ai fini della graduatoria, per l'attribuzione del punteggio, è valutabile **SOLO** l'attività svolta in **qualità di sostituzioni, incarichi provvisori e a tempo determinato effettuati nella branca principale o area professionale, a favore di Aziende sanitarie ed altre Istituzioni pubbliche che applicano le norme dell'ACN 23.03.2005 e s.m.i.** (Inps, Inail, Ministero della Difesa, SASN, etc) – sono valutabili: i titoli di servizio fino alla data del **31/12/2013**; il conseguimento della specializzazione e l'iscrizione all'Ordine fino alla data del **31/01/2014**;
- 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 incarico svolte, il periodo di svolgimento e l'Azienda USL presso la quale è stata svolta l'attività.***

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, La informiamo di quanto segue:

- (1) Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento da parte di questo Comitato Zonale della formazione della graduatoria valida per l'anno 2015. 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 ed affissi all'Albo dell'Azienda UsI e presso gli Uffici dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri delle Province della Regione Emilia-Romagna.
- (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 del trattamento dei dati è l'Azienda UsI di Bologna
- (6) (Responsabile del trattamento dei dati è il Comitato Consultivo Zonale dell'AUSL di Bologna

BRANCHE /AREE SPECIALISTICHE

MEDICI

ALLERGOLOGIA
ANATOMIA PATOLOGICA
ANESTESIOLOGIA E RIANIMAZIONE
ANGIOLOGIA
AUDIOLOGIA
BIOCHIMICA CLINICA
CARDIOCHIRURGIA
CARDIOLOGIA
CHIRURGIA GENERALE
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE
CHIRURGIA PEDIATRICA
CHIRURGIA PLASTICA
CHIRURGIA TORACICA
CHIRURGIA VASCOLARE
DERMATOLOGIA
DIABETOLOGIA
EMATOLOGIA
ENDOCRINOLOGIA
FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA CLINICA
FISICA SANITARIA
FISIOCHINESITERAPIA
FONIATRIA
GASTROENTEROLOGIA
GENETICA MEDICA
GERIATRIA
IDROCLIMATOLOGIA
IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA
MALATTIE INFETTIVE
MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA
MEDICINA INTERNA
MEDICINA DEL LAVORO
MEDICINA DELLO SPORT
MEDICINA DI COMUNITA'
MEDICINA LEGALE
MEDICINA NUCLEARE
MEDICINA TRASFUSIONALE
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA
NEFROLOGIA
NEONATOLOGIA
NEUROCHIRURGIA
NEUROFISIOPATOLOGIA
NEUROLOGIA
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
NEURORADIOLOGIA
OCULISTICA
ODONTOIATRIA
ONCOLOGIA
ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE
ORTOPEDIA
OSTETRICIA E GINECOLOGIA
OTORINOLARINGOIATRIA
PATOLOGIA CLINICA

PEDIATRIA
PNEUMOLOGIA
PSICHIATRIA
PSICOLOGIA
PSICOTERAPIA
RADIOLOGIA
RADIOTERAPIA
REUMATOLOGIA
SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETOLOGIA
TOSSICOLOGIA MEDICA
UROLOGIA

PSICOLOGI

PSICOLOGIA
PSICOTERAPIA

MEDICI VETERINARI

Area A - SANITA' ANIMALE

Area B - IGIENE DELLA PRODUZIONE, TRASFORMAZIONE, COMMERCIALIZZAZIONE, CONSERVAZIONE
E TRASPORTO DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E LORO DERIVATI

Area C - IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE