

GRADUATORIA ANNO 2022

ART. 19 ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI
SPECIALISTI AMBULATORIALI E MEDICI VETERINARI 31/03/2020

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL MODULO DI DOMANDA DI SEGUITO RIPORTATO

Con riferimento alla formazione delle graduatorie vevoli per l'anno 2022 per i medici specialisti e i medici veterinari ambulatoriali, si forniscono le seguenti avvertenze.

COMPILAZIONE DELLE DOMANDE

La 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 domande separate.

Alla domanda va apposta ed annullata una **marca da bollo da € 16,00**.

La domanda deve contenere tutte le dichiarazioni necessarie alla determinazione del punteggio e della conseguente posizione in graduatoria. Nel dettaglio:

DATI ANAGRAFICI

Indicare i dati anagrafici, la residenza e i recapiti presso cui si desidera ricevere eventuali comunicazioni (domicilio, telefono, PEC).

TITOLI ACCADEMICI

Indicare i **titoli accademici posseduti al 31.01.2021**, comprensivi di punteggio, eventuali lodi, data di conseguimento e specificazione dell'università/scuola presso cui sono stati conseguiti: diploma di laurea o laurea specialistica o laurea magistrale della classe corrispondente; specializzazione; data di iscrizione all'albo/ordine professionale e specificazione dell'albo/ordine.

E' titolo valido per l'inclusione nelle graduatorie, il diploma di specializzazione in **una delle branche specialistiche dell'area medica o veterinaria interessata, previste nell'Allegato 2** del vigente Accordo Collettivo Nazionale 31/03/2020.

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.

TITOLI PROFESSIONALI

Indicare l'**attività professionale** svolta a titolo di **sostituto, incaricato provvisorio e/o a tempo determinato** effettuati nella branca specialistica o area professionale per cui si partecipa, **presso Aziende Sanitarie ed altre Istituzioni pubbliche (INPS, INAIL, Ministero della Difesa, SASN, ecc) che applicano le norme del presente Accordo o degli Accordi Collettivi Nazionali per la regolamentazione dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali succedutesi nel tempo.**

NON devono essere indicati gli incarichi di dipendenza o le sostituzioni di dipendenza, né le borse di studio, né le consulenze svolte come libera professione, ma solo l'attività convenzionale resa ai sensi del citato Accordo Collettivo nazionale Specialisti Ambulatoriali Interni: le ore di attività svolte a seguito di conferimento di incarico regolato da norme diverse da quelle previste dall'A.C.N. vigente NON saranno valutate ai fini del punteggio.

Non è valutabile il servizio effettuato **precedentemente al 2 ottobre 2000**.

L'attività professionale valutabile è quella svolta **entro il 31.12.2020, nella branca o disciplina** per cui si aspira ad essere inclusi in graduatoria. Nel caso di più titoli di specializzazione, inserire unicamente l'attività svolta nell'area o branca per la quale si presenta la domanda.

Ai fini della valutazione dell'attività professionale, svolta successivamente al conseguimento del titolo di specializzazione, è necessario indicare:

- la branca,
- l'Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica presso cui è stata prestata l'attività,
- il totale complessivo delle ore effettivamente svolte relative a tutto il periodo indicato (espresse in ore e minuti).

Nel caso di attività svolta presso altre Regioni, indicare con precisione l'Amministrazione competente, indirizzo completo, telefono, e-mail, elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni utili ad accertare la veridicità delle dichiarazioni prodotte (art. 43, comma 1, D.P.R. n. 445 del 28/12/2000).

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 del vigente ACN.

I medici specialisti e medici veterinari che **hanno già inviato domanda di inclusione nella graduatoria per l'anno 2021 all'Azienda Sanitaria sede del Comitato Consutivo Zonale medesimo**, dovranno presentare eventuali informazioni integrative per chiedere l'aggiornamento del proprio punteggio, relativamente ai titoli accademici e/o professionali, in presenza di titoli aggiuntivi rispetto a quelli già allegati o di dichiarazioni non presentate in precedenza.

Ai fini della valutazione, la domanda deve contenere le dichiarazioni, rese ai sensi del D.P.R. N. 445/2000, atte a provare il possesso dei titoli professionali conseguiti fino al 31.12.2020, elencati nella dichiarazione stessa.

Non è necessario allegare curriculum vitae, titoli accademici non attinenti alla domanda, attestati di partecipazione a corsi di formazione, attività professionale svolta quale dirigente medico o veterinario, consulente libero-professionista o con contratto di lavoro atipico.

La modulistica dovrà essere compilata in stampatello al fine di agevolare la lettura dei dati contenuti nella domanda.

Non saranno valutate dichiarazioni incomplete o imprecise, ciò comporterà 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. Si precisa che per numero di ore si intendono le ore lavorate per la durata complessiva dell'incarico ottenuto, non sarà valutata la sola indicazione dell'orario settimanale.

Gli specialisti ambulatoriali e i veterinari già titolari di incarico a tempo indeterminato non possono fare domanda di inserimento nelle graduatorie per la medesima branca specialistica o area in cui già operano.

MOTIVI DI ESCLUSIONE

Costituiscono motivi di esclusione:

- La mancanza dei requisiti generali e specifici richiesti dall'ACN/2020 per l'inserimento nelle singole graduatorie;
- La mancanza della firma nella domanda;
- La mancata acclusione alla domanda di documento di riconoscimento (identità) in corso di validità, trattandosi di un elemento costitutivo dell'autocertificazione.
- la mancata apposizione della marca da bollo.
- La spedizione della domanda oltre il termine perentorio del 31 gennaio 2021

MODALITA' E TERMINI DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE

Gli interessati all'inclusione nelle graduatorie valevoli per l'anno 2022, devono inoltrare apposita domanda, compilata secondo lo schema allegato, **dall' 01/01/2021** ed entro e non oltre il **31 gennaio 2021**. A tal fine fa fede il timbro dell'ufficio postale accettante.

La presentazione della domanda dovrà avvenire, a pena di esclusione, secondo una delle seguenti modalità:

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA ANNO 2022
Specialisti Ambulatoriali, Veterinari
(art. 19 dell'Accordo Collettivo Nazionale 31 marzo 2020
per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, e i veterinari)

Primo inserimento

Aggiornamento

Ultima domanda presentata per l'anno _____

Marca da
bollo come da
norme vigenti
€ 16,00

AL COMITATO CONSULTIVO ZONALE SIRACUSA
C/O ASP DI SIRACUSA
CORSO GELONE N. 17
96100 SIRACUSA

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____, nato/a il _____ a _____ (Prov. _____) M F Codice Fiscale _____ Comune di residenza _____ Prov. (_____)

Indirizzo Via/Piazza/Corso _____ n. _____ Cap _____

Tel. _____

Cellulare _____ P.E.C. _____ e-mail _____

CHIEDE DI ESSERE INCLUSO/A NELLA SEGUENTE GRADUATORIA

MEDICI SPECIALISTI ED ODONTOIATRIA: BRANCA
DI.....

MEDICI VETERINARI:

BRANCA Sanità Animale (AREA A)

BRANCA Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (AREA B)

BRANCA Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (AREA C)

a valere per l'anno **2022** relativamente all'ambito zonale di Siracusa nel cui territorio intende ottenere l'incarico.

Inoltre esprime la propria disponibilità indisponibilità (*barrare la voce che interessa*) ad essere inserito nelle graduatorie di cui al comma 12 dell'art. 19 del vigente A.C.N. (*graduatorie di specialisti e veterinari disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione*).

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 degli artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445**

Il/La sottoscritto/a....., nato/a 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/a italiano/a;
- di essere cittadino/a di altro Paese appartenente alla U.E.

(specificare).....

- di possedere il diploma di laurea (DL) in

(*medicina e chirurgia - odontoiatria e protesi dentaria - medicina veterinaria*):

diploma di laurea con voto/110 senza lode con lode, conseguito presso l'Università
di..... in data...../...../.....;

di essere abilitato/a all'esercizio della professione di.....

(*medico chirurgo - odontoiatra - medico veterinario*) nella sessione.....

presso l'Università di.....;

di essere iscritto/a all'Albo professionale dei/degli.....(*medici*

chirurghi - odontoiatri - veterinari) presso l'Ordine provinciale/regionale/nazionale

di..... dal.....

di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:

in..... conseguita il/...../.....

presso l'Università di..... con voto..... senza lode con lode

in..... conseguita il...../...../..... presso

l'Università di..... con voto..... senza lode con lode

in..... 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 o veterinario;

DICHIARA, ALTRESI',

di avere effettuato la seguente attività professionale per sostituzioni, incarichi provvisori e/ o a tempo determinato nella branca di:.....(**) a favore di Aziende Sanitarie e altre Istituzioni pubbliche (INPS, INAIL, Ministero della Difesa SANS ecc) che applicano le norme dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, medici veterinari ed altre professionalità sanitarie:

A.S.P./ ENTI	Località e/o Presidio e/o Distretto Via/P.zza/Corso - Provincia - Telefono	Totale ore svolte	Dal	Al

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 in materia di privacy 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 2022 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 sulla GURS e sul sito istituzionale dell'ASP di SIRACUSA*
- 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. **Il Titolare del trattamento dei dati è l'ASP di Siracusa.***

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER MARCA DA BOLLO
(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 – D.M. 10 novembre 2011)

Il/La sottoscritt _____ nat _____ a _____

il _____, Codice Fiscale _____

Consapevole di quanto prescritto dagli artt. 73, 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, “...*le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi che sono puniti ai sensi del codice penale e dalle leggi speciali in materia*”, sotto la propria responsabilità:

dichiara

che la marca da bollo debitamente annullata(*), ed apposta in via esclusiva sulla istanza di partecipazione, con identificativo:

n. _____ data e ora _____

si riferisce alla pratica _____

da me detenuta e custodita in originale dal/la sottoscritto/a (con impegno di metterla a disposizione per eventuali controlli e verifiche ai sensi di legge) presso il seguente indirizzo:

Località _____ Via _____ n. _____.

Il presente documento, con la marca applicata ed annullata, viene stampato, firmato, scansionato e trasmesso alla ASP di Siracusa per via telematica.

(luogo e data)

Il Dichiarante

(*) L'annullamento della marca da bollo dovrà avvenire tramite apposizione della data di presentazione sulla medesima marca