



**Comitato Consultivo Zonale art. 24 A. C. N.**  
**Via Antonio Daniele n. 18 - 88100 Catanzaro**  
**Tel. 0961 7033925**  
**E-mail: [anna.senese@asp.cz.it](mailto:anna.senese@asp.cz.it)**

## Avviso

***Ai Sigg.ri Medici Specialisti Ambulatoriali dei Veterinari e altri Professionisti (Biologi, Chimici e Psicologi) ;***

I Sigg.ri Medici Specialisti Ambulatoriali dei Veterinari e delle altre professionalità sanitarie di cui all'A.C.N. vigente che aspirano a svolgere la propria attività professionale nell'ambito delle strutture del SSN, in qualità di sostituto o incaricato per l'anno **2017** devono inoltrare, entro e non oltre il **31 gennaio 2016** - a mezzo raccomandata A/R. - da spedire esclusivamente al seguente indirizzo **A .S .P. di Catanzaro via Vinicio Cortese n. 10 - 88100 Catanzaro**, o mediante consegna diretta presso la Segreteria del Comitato - apposita domanda redatta come da modelli allegati B e B bis.

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 **31/12/2015**;

Alla scadenza del termine di presentazione della domanda di inserimento nella graduatoria l'aspirante deve possedere i seguenti requisiti:

- a) **essere iscritto all'Albo professionale** ( autocertificazione );
- b) **possedere il diploma di laurea in medicina e chirurgia**, odontoiatrica e protesi dentaria, medicina veterinaria , psicologia, scienze biologiche, chimica, ovvero la laurea specialistica della classe corrispondente;
- c) **possedere il diploma di specializzazione in una delle branche principali della specialità**;

Alla domanda di inclusione in graduatoria occorre allegare:

- denominazione Amministrazione e sede che ha concesso l'incarico completo di indirizzo;
- numero totale di ore svolte suddivise per anno;
- **certificati attestanti le ore effettuate presso le Aziende sanitarie o Comitati Zonali con tipologia di contratto secondo l'A.C.N. degli Specialisti ambulatoriali; non faranno punteggio le ore svolte con tipologie di contratti diversi ( es. ore svolte come libero professionista a partita IVA la cui remunerazione avviene dietro rilascio di fattura );**

Si ricorda inoltre che **non fanno alcun punteggio**:

1. le ore effettuate presso il 118, Continuità Assistenziale, Dirigente medico ecc;
2. Master, Dottorati di ricerca, servizi effettuati presso le Azienda Ospedaliere, Case di Cura private o strutture private;
3. Gli incarichi come libero professionista presso altre Istituzioni pubbliche i cui contratti non sono stati stipulati secondo quanto previsto dal vigente A. C. N. dei **Medici Specialisti Ambulatoriali dei Veterinari e altri Professionisti ( Biologi, Chimici e Psicologi )** ;

*Il Segretario*  
Coll. Amm.vo Anna Senese

PARTE PRIMA

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

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

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, medici veterinari 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 medici veterinari
- 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.

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.

## 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 dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

1. di possedere il diploma di laurea (DL) ovvero la laurea specialistica (LS) della classe corrispondente in ..... (medicina e chirurgia o odontoiatria e protesi dentaria, o medicina veterinaria, o biologia, o chimica, o psicologia) con voto ...../110 (DL) ...../100 (LS) conseguito/a presso l'Università di..... in data.....

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 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..... dal.....

4. di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:

in..... conseguita il..... presso l'Università di..... con voto.....  
 in..... conseguita il..... presso l'Università di..... con voto.....  
 in..... conseguita il..... presso l'Università di..... con voto.....  
 in..... conseguita il..... presso l'Università di..... con voto.....

5. 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:

.....

6. 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.....)

7. di avere svolto la seguente attività professionale nella branca o area professionale, come sostituto, incarico provvisorio e a tempo determinato:

| Branca o area professionale | presso (2) | ore   | sett. | dal   | al    |
|-----------------------------|------------|-------|-------|-------|-------|
| .....                       | .....      | ..... | ..... | ..... | ..... |
| .....                       | .....      | ..... | ..... | ..... | ..... |
| .....                       | .....      | ..... | ..... | ..... | ..... |
| .....                       | .....      | ..... | ..... | ..... | ..... |
| .....                       | .....      | ..... | ..... | ..... | ..... |
| .....                       | .....      | ..... | ..... | ..... | ..... |

NOTE (3)

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

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. 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 .....

- (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

**N.B. La presente autocertificazione informativa, con le appropriate modificazioni, è utilizzabile anche per le comunicazioni, ai comitati di cui all'art. 24, relative alle modificazioni nel proprio stato di servizio.**