



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO



REGIONE CALABRIA

ASP Catanzaro
Protocollo Generale

N. 0141013 del 16/12/2019



Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro
Comitato Consultivo Zonale
(art. 17 A.C.N. del 17/12/2015 e s.m.i.)
tel. 0961/722944 - pec comitatoconsultivozonale@pec.aspcatanzaro.it

GRADUATORIE ANNO 2021 – ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

Domanda di primo inserimento o domanda annuale di integrazione titoli per le graduatorie provinciali valide per l'anno 2021, per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie – biologi – chimici – psicologi, da presentare/inoltrare dal 01 gennaio al 31 gennaio 2020.

Al fine di ottemperare a quanto previsto dall'art.17 del vigente Accordo Collettivo Nazionale e dall'art. 2/2018 dell'Ipotesi di A.C.N. 2018, con la presente si forniscono alcune indicazioni circa le modalità di presentazione e di compilazione delle domande per l'inserimento o di integrazione nelle graduatorie valide per l'anno 2021.

Gli aspiranti all'iscrizione in graduatoria non devono trovarsi nella condizione di cui all'art. 25, comma 1, lett. h) e l) e devono possedere alla scadenza del termine per la presentazione della domanda i seguenti requisiti:

- a) cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE;
- b) iscrizione all'Albo professionale;
- c) diploma di laurea in medicina e chirurgia, odontoiatria e protesi dentaria, medicina veterinaria, psicologia, scienze biologiche, chimica, ovvero la laurea specialistica della classe corrispondente;
- d) diploma di specializzazione in una delle branche specialistiche della area medica, veterinaria o della categoria professionale interessata, previste dal sopra citato art. 2 dell'Ipotesi di ACN.

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.

Il titolo di specializzazione in psicoterapia, riconosciuto ai sensi degli articoli 3 e 35 della Legge 18 febbraio 1989 n. 56 come equipollente al diploma rilasciato dalle corrispondenti scuole di specializzazione universitaria, è valido in riferimento allo psicologo per la disciplina di psicologia ed al medico o allo psicologo per la disciplina di psicoterapia.

Gli specialisti ambulatoriali, i veterinari ed i professionisti già titolari di incarico a tempo indeterminato che abbiano raggiunto il massimale orario di cui all'art. 26, comma 1 del vigente Accordo non devono fare domanda di inserimento nelle graduatorie per la medesima branca specialistica o area in cui già operano.

La domanda allegata alla presente deve:

1. essere presentata/inoltrata dal 01 gennaio al 31 gennaio 2020;

- direttamente presso la sede del Comitato;
- mezzo raccomandata (A/R);
- tramite posta elettronica certificata all'indirizzo comitatoconsultivozonale@pec.aspcatanzaro.it

- e dovrà essere unico file in formato pdf (no foto) debitamente firmata e corredata di fotocopia di un documento d'identità in corso di validità;
2. è obbligatorio applicare marca da bollo (da annullare con firma o timbro) di euro 16.00;
 3. deve contenere le dichiarazioni, rese ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, atte a provare il possesso dei titoli professionali, conseguiti fino al 31 dicembre dell'anno precedente;
 4. essere rinnovata di anno in anno e deve contenere le dichiarazioni concernenti i titoli accademici o professionali che comportino modificazioni nel precedente punteggio;
 5. gli specialisti che, avendo il requisito del titolo di specializzazione valido, che intendono presentare domanda di inserimento in più branche (medici) o aree professionali (veterinari ed altre professionalità sanitarie), devono inoltrare distinte domande **per ciascuna branca specialistica, e per ciascuna categoria professionale, secondo quanto previsto all'art.17 dell'ACN, e secondo i criteri di cui dall'art. 2 dell'Ipotesi di ACN;**
 6. non si dovrà allegare documentazione normativamente non prevista per l'attribuzione del punteggio (curriculum vitae, titoli accademici non attinenti alla domanda, pubblicazioni, corsi di aggiornamento, ecc.).

Il Comitato Zonale provvederà alla formulazione di una graduatoria provinciale per titoli, con validità annuale per ciascuna branca specialistica, o per ciascuna categoria professionale, secondo i criteri del citato Accordo e s.m.i..

Stante, quanto sopra, ai fini dell'attribuzione del relativo punteggio, la documentazione dovrà essere tale da poterne consentire la valutazione dell'attività svolta indicando:

- branca o area professionale;
- l'Azienda Sanitaria o istituzione pubblica presso cui è stata prestata l'attività;
- i singoli periodi contrassegnati dalle date iniziali e finali dell'incarico indicando le ore effettivamente espletate espresse in ore e minuti e relativo totale ore annuo complessivo;

Non si terrà conto e non saranno valutate dichiarazioni incomplete o imprecise dalle quali non è possibile dedurre i dati di valutazione o di quella mancanti rispetto a quanto dichiarato dall'aspirante.

Il Segretario
Coll. Prof.le Amm.vo Caterina Tavano

Il Presidente
Dr. Maurizio Rocca

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA 2021: Specialisti Ambulatoriali, Veterinari e altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi) art. 17 dell'Accordo Collettivo Nazionale 17 dicembre 2015 e s.m.i. per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, i veterinari e le altre professionalità (biologi, chimici, psicologi).

Primo inserimento

Aggiornamento

**Marca da bollo
16,00 euro**

**Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro
al Comitato Consultivo Zonale
Via A. Daniele 18,
88100 Catanzaro**

Il sottoscritto....., nato
a.....
(prov.....)il.....Codice Fiscale.....
Comune di residenza.....(prov.....)
Indirizzon.....Cap.....
telefono.....
PEC.....(leggibile)*.

chiede di essere incluso nella graduatoria 2021 dei:

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

a valere per l'anno 2021 relativamente all'ambito zonale di **Catanzaro** nel cui territorio intende ottenere incarico.

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 di posta elettronica

Pec(LEGGIBILE)

Data.....

Firma per esteso.....

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO
ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,**

Il sottoscritto..... nato a.....

(prov.....) il Comune di residenza.....prov...

indirizzo.....n.....CAP.....

pec.....(leggibile)

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 italiano;

di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE (*specificare*).....

di possedere il diploma di laurea (DL) la laurea specialistica (LS) della classe corrispondente in _____ (medicina e chirurgia - odontoiatria e protesi dentaria – medicina veterinaria - biologia chimica - psicologia):

- diploma di laurea con voto/..... senza lode con lode conseguito presso l'Università di _____ in data ___/___/_____;

- laurea specialistica/magistrale con voto/..... senza lode con lode conseguita presso l'Università di _____ in data ___/___/_____;

- di essere abilitato all'esercizio della professione di _____ (medico chirurgo – odontoiatra - medico veterinario - biologo - chimico - psicologo) nella sessione _____ presso l'Università di _____;

- di essere iscritto all'Albo professionale dei/degli _____ (medici chirurghi – odontoiatri- veterinari - biologi – chimici - psicologi) presso l'Ordine provinciale/regionale di _____ dal ___/___/___;

- **di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:**

_____ conseguita il/...../.....

Presso l'Università di _____ con voto _____ senza lode con lode

_____ conseguita il/...../.....

Presso l'Università di _____ con voto _____ senza lode con lode

_____ conseguita il/...../.....

Presso l'Università di _____ con voto _____ senza lode con lode

_____ conseguita il/...../.....

Presso l'Università di _____ con voto _____ senza lode con lode

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

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

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:

- 1. Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento della formazione della graduatoria valida per l'anno 2021. 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 e sul sito istituzionale di ciascuna Azienda della Regione Calabria.*
- 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 e Responsabile del trattamento dei dati è l'Azienda Sanitaria di Catanzaro*

INFORMATIVA

- La domanda, in bollo, deve essere spedita a mezzo raccomandata A/R o consegnata a mano presso la sede del Comitato Zonale (ufficio protocollo Distretto di Catanzaro Via Daniele n.18) trasmessa con modalità telematica all'indirizzo pec comitatoconsultivozonale@pec.aspcatanzaro.it entro e non oltre il 31 Gennaio 2020;
- Se la domanda è presentata personalmente al competente ufficio dell'Azienda la firma deve essere apposta all'atto della sua presentazione, avanti al dipendente addetto a riceverla. Se, viceversa, la domanda è presentata da un terzo o inviata per posta, deve essere già sottoscritta dall'interessato ed accompagnata dalla fotocopia non autenticata di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.
- Per l'accoglimento della domanda farà fede il timbro postale o il timbro apposto sulla domanda dall'ufficio competente se consegnata a mano o la data delle ricevute di accettazione e di avvenuta consegna per trasmissioni via PEC. La ricevuta rilasciata dall'ufficio postale o dall'Azienda Sanitaria, se consegnata a mano, o la ricevuta di avvenuta consegna via PEC saranno gli unici documenti validi da produrre in caso di smarrimento della domanda.
- 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 attività svolte, il periodo di svolgimento e l'Azienda/Ente presso la quale è stata svolta l'attività.
- L'autocertificazione informativa (Allegato B) per l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità dovrà essere presentata unitamente alla comunicazione di disponibilità all'accettazione dell'incarico.

- **Allegare documento di identità in corso di validità.**

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto....., nato a.....
(prov.....)il.....M_F__Codice Fiscale.....
Comune di residenza.....(prov.....)
Indirizzon.....Cap.....
telefono.....
PEC.....e-mail.....

ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R.

DICHIARA

1. di essere / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;
2. di 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.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
3. di esercitare /non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
4. di essere/ non essere (1) 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;
5. di svolgere/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;
6. di svolgere/non svolgere (1) attività pediatra di libera scelta;
7. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
8. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
9. di esercitare/non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi (*in caso*

affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività _____);

10. di svolgere/non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;
11. di fruire/non fruire (1) 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;
12. di operare/non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. (*in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività* _____);
13. di 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.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;
14. di essere/non essere (1) 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;
15. di fruire/non fruire (1) di trattamento di quiescenza;
16. di avere/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (*in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata* _____);
17. di essere/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei _____ di _____.
In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): _____;
18. di avere/non avere (1) riportato condanne penali e di avere/non avere (1) procedimenti penali pendenti;
19. di percepire/non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale (*in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta* _____ *e la misura dell'indennità percepita* _____).

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 per esteso

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 dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità

(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. 16 dell'ACN, relative alle modificazioni intervenute nello stato professionale.

**DA COMPILARE E TRASMETTERE OBBLIGATORIAMENTE SOLO IN CASO DI
TRASMISSIONE A MEZZO PEC
ATTENENDOSI ALLE INDICAZIONI RIPORTATE IN CALCE.**

DICHIARAZIONE

ai sensi ed agli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e s.m.i.

Il/La sottoscritt _____ nato a _____,

il _____ indirizzo pec _____ in riferimento alla

domanda di inclusione nella graduatoria 2021: specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità (biologi, chimici, psicologi) art. 17 dell'accordo collettivo nazionale 17 dicembre 2015 e s.m.i. per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, i veterinari e le altre professionalità (biologi, chimici, psicologi).

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste, in caso di dichiarazioni non veritiere, di avere assolto al pagamento di bollo di euro 16,00 tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo sul cartaceo della presente domanda trattenuto presso il/la sottoscritta/o; a tal proposito dichiara inoltre che la marca da bollo di euro 16, 00 applicata è la seguente:

a. data e ora di emissione _____

b. IDENTIFICATIVO n. _____

- di conservare l'originale della domanda di cui sopra per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione;

Data _____

firma per esteso e leggibile