



## Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro Comitato Zonale

(art. 19 A.C.N. del 31 marzo 2020)

tel. 0961/722944 - pec [comitatoconsultivozonale@pec.aspcatanzaro.it](mailto:comitatoconsultivozonale@pec.aspcatanzaro.it)

### ART.19 - REQUISITI, DOMANDE, GRADUATORIE E COMPITI DELL' AZIENDA SEDE DEL COMITATO ZONALE.

**Domanda annuale da inoltrare dal 01 gennaio al 31 gennaio 2021.**

Al fine di ottemperare a quanto previsto dall'art.19 del vigente Accordo Collettivo Nazionale Accordo per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e s.m.i. con la presente si forniscono alcune indicazioni circa le modalità di presentazione delle domande per l'inserimento o integrazione delle graduatorie da far valere per l'anno 2022.

Lo specialista, il veterinario o il professionista che aspiri a svolgere la propria attività nell'ambito delle strutture del SSN di cui all'articolo 2, comma 1, del citato Accordo deve inoltrare apposita domanda entro e non oltre il 31 gennaio di ciascun anno, **a mezzo di procedura telematica** al competente ufficio dell'Azienda ove ha sede il Comitato Zonale di riferimento nel cui territorio di competenza aspiri ad ottenere l'incarico.

La domanda, in bollo, 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, elencati nella dichiarazione stessa.**

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.**

Gli aspiranti all'iscrizione in graduatoria non devono trovarsi nella condizione di cui all'art. 27, comma 1, **lett. h)** (*fruisca 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*); **e lett. l)** (*fruisca di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM e degli altri enti previdenziali, ove previsto, o che fruiscono dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP) di cui all'articolo 54.*)

Alla scadenza del termine per la presentazione della domanda devono possedere i seguenti requisiti:

- cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti;
- iscrizione all'Albo professionale;
- diploma di laurea in medicina e chirurgia, odontoiatria e protesi dentaria, medicina veterinaria, psicologia, scienze biologiche, chimica, ovvero la laurea specialistica della classe corrispondente;
- diploma di specializzazione in una delle branche specialistiche o della categoria professionale interessata, previste nell'allegato 2 del vigente Accordo.

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

*Cher*

specializzazione universitaria, è valido in riferimento allo psicologo per la disciplina di psicologia ed al medico o allo psicologo per la disciplina di psicoterapia.

La certificazione regionale attestante quanto previsto dall'articolo 1, comma 522 della L. 30 dicembre 2018, n. 145 è titolo valido per l'inserimento nella graduatoria relativamente alla branca di Cure palliative.

I laureati in medicina e chirurgia iscritti all'albo degli odontoiatri in virtù della specializzazione fatta valere come titolo legittimante non possono far valere tale titolo ai fini dell'iscrizione in graduatoria.

Nella medesima domanda può essere previsto che l'interessato esprima la propria disponibilità ad essere inserito **nelle graduatorie di disponibilità aziendale di cui al comma 12 del citato art.19**, che prevede la predisposizione di graduatorie aziendali di specialisti, veterinari e professionisti (nel rispetto del vigente Accordo) disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione, secondo il seguente ordine di priorità:

- a) iscritti nelle graduatorie di cui al comma 10 secondo l'ordine di punteggio;
- b) specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui al comma 4, graduati nell'ordine della minore età anagrafica, dell'anzianità di specializzazione e dell'anzianità di laurea.

La domanda (allegato A ed allegato B) a **mezzo di procedura telematica dovrà essere inoltrata dal 01 gennaio al 31 gennaio 2021** all'indirizzo pec. [comitatoconsultivozonale@pec.aspcatanzaro.it](mailto:comitatoconsultivozonale@pec.aspcatanzaro.it) - Si precisa che la documentazione (allegato A-B e fotocopia di un documento d'identità in corso di validità) **dovrà essere unico file in formato pdf (no foto)**.

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 e relativa pec al fine di procedere ai controlli delle dichiarazioni che attestano l'attività dichiarata ma effettivamente compiuta nel rispetto dal Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445;
- i singoli periodi contrassegnati dalle date iniziali e finali dell'incarico indicando le ore effettivamente espletate e relativo totale annuo.

Non si terrà conto e non saranno valutate dichiarazioni incomplete o imprecise dalle quali cui 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 DA VALERE PER IL 2022:**

**ART.19 – Domanda annuale da inoltrare dal 01 gennaio al 31 gennaio 2021.**

**ALLEGATO A**

Marca

da bollo 16 Euro

**All' Azienda Sanitaria Provinciale  
di Catanzaro – Comitato Zonale  
Via Daniele,18  
88100 Catanzaro**

Lo specialista, il veterinario o il professionista ai sensi del vigente Accordo Collettivo Nazionale (31 marzo 2020) per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, i veterinari e le altre professionalità (biologi, chimici, psicologi), che aspiri a svolgere la propria attività nell'ambito delle strutture del SSN di cui all'articolo 2, comma 1, deve inoltrare apposita domanda entro e non oltre il 31 gennaio di ciascun anno, a mezzo di procedura telematica al competente ufficio dell'Azienda ove ha sede il Comitato Zonale.

**Primo inserimento**

**Aggiornamento**

**Inserimento anche nelle graduatorie di disponibilità aziendale per come previsto dall'art.19 comma 12, del vigente A.C.N.**

BRANCA/E \_\_\_\_\_

I sottoscritt ..... , nat a .....

(prov..... ) il..... Codice Fiscale.....

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

Indirizzo ..... n.....Cap.....

Tel.....PEC .....(leggibile)

**chiede di essere incluso nella graduatoria dei:**

- medici specialisti ed odontoiatri: branca di .....
- medici veterinari: area .....
- biologi
- chimici
- professionisti psicologi
- professionisti psicoterapeuti

A valere per l'anno 2022 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 da valere per il 2022 e dichiara di essere presente;

- nella graduatoria definitiva anno \_\_\_\_\_ con punteggio \_\_\_\_\_

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,

I sottoscritt....., nat a.....

(prov.....)il..... Codice Fiscale.....

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

Indirizzo .....n.....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 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...../...../.....

- 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 ambulator veterinario o professionista sanitario con massimale orario pari a 38 ore settimanali;
- di avere svolto la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, come  sostituto,  incaricato provvisorio  o incaricato a tempo determinato (indicare il servizio svolto fino al 31 dicembre dell'anno precedente):

PEC SEDE LAVORATIVA..... Tel .....

Branca specialistica o area professionale	presso	n. ore	dal	al
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

PEC SEDE LAVORATIVA..... Tel .....

Branca specialistica o area professionale	presso	n. ore	dal	al
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

PEC SEDE LAVORATIVA..... Tel.....

Branca specialistica o area professionale	presso	n. ore	dal	al
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

Note.....

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 .....

## **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 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 sul Bollettino Ufficiale della Regione CALABRIA e sul sito istituzionale DELL'ASP di CATANZARO.
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 Provinciale di Catanzaro.

### **INFORMATIVA**

- La domanda, in bollo trasmessa con modalità telematica, all'indirizzo pec. **comitatoconsultivozonale@pec.aspcatanzaro.it** al competente ufficio dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro sede del Comitato Zonale, entro e non oltre il 31 Gennaio 2021 ;
- 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.

## AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

I. sottoscritt....., nat. a.....

(prov. ....) il ..... Codice Fiscale.....

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

Indirizzo ..... n..... Cap.....

Telefono ..... PEC..... (leggibile)

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) cancellare la parte che non interessa

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) 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'A.C.N. (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** .....

.....

.....

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

**DICHIARAZIONE DA ALLEGARE PER TRASMISSIONE DOMANDA CON PEC**

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

\_ottoscritt\_ Dr. \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

In riferimento alla **DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA DA VALERE PER IL 2022:**

**DICHIARA**

Sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste, in caso di dichiarazioni non veritiere;

1. di avere assolto al pagamento di bollo di euro 16,00 tramite apposizione **ed annullamento** della marca da bollo sul cartaceo della presente domanda( firma );
2. a tal proposito dichiara inoltre:
  - numero della marca da bollo IDENTIFICATIVO n. \_\_\_\_\_
  - data e ora di emissione della marca da bollo \_\_\_\_\_
  - di conservare l'originale della domanda di cui sopra per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione;

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
firma per esteso e leggibile

**Si rende necessario allegare alla presente domanda di inserimento/integrazione documento di identità in corso di validità.**