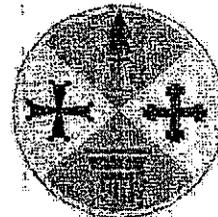




SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO**



Regione Calabria

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

*Prot. 1447/23
20-12-2023*

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CATANZARO
COMITATO ZONALE
(ART. 19 ACN DEL 30 MARZO 2021)**

**REQUISITI, DOMANDE GRADUATORIE E COMPITI DELL'AZIENDA SEDE DEL COMITATO
ZONALE**

Domanda annuale da inoltrare entro il 31 gennaio 2024

Con la presente comunicazione, si forniscono le indicazioni sulle modalità di presentazione della domanda per l'inserimento o aggiornamento, nelle graduatorie da far valere per l'anno 2025, nel rispetto di quanto sancito dall'art. 19 del vigente Accordo Collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie, (biologi, chimici, psicologi).

Lo specialista, il veterinario o il professionista che aspiri a svolgere la propria attività lavorativa nell'ambito delle strutture del SSN di cui all'art. 2 comma 1 del citato Accordo, **deve inoltrare apposita domanda entro e non oltre il 1 gennaio di ciascun anno, attraverso procedura telematica, al competente ufficio dell'azienda dove 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.

La domanda d'inclusione in graduatoria presentata per la prima volta è valida come primo inserimento in graduatoria, per gli anni successivi la domanda dovrà essere rinnovata annualmente e dovrà contenere le dichiarazioni concernenti i titoli accademici e/o professionali che comportino modificazioni del precedente punteggio calcolato in base all'allegato 1 dell'ACN (Titoli e criteri di valutazione per la formazione delle graduatorie di cui all'art. 19) e sarà pertanto considerata come aggiornamento. Per quanto sopra, ai fini dell'attribuzione del relativo punteggio, la documentazione dovrà essere tale da consentire la valutazione dell'attività svolta indicando:

- la branca o area professionale
- l'Azienda sanitaria o istituzione pubblica presso cui è stata prestata l'attività, in caso di aggiornamento, e relativa pec al fine di procedere ai controlli delle dichiarazioni che attestano l'attività dichiarata ma effettivamente compiuta nel rispetto del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445;

- i singoli periodi contrassegnati dalle date di inizio e fine dell'incarico, indicando le ore effettivamente espletate e relativo totale annuo.

Non si terrà conto e non saranno valutate dichiarazioni incomplete o imprecise, per le quali non è possibile dedurre i dati di valutazione.

Gli aspiranti all'iscrizione in graduatoria non devono trovarsi nelle condizioni di cui all'art. 27, comma 1, lett. h (fruizione 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. I (fruizione del trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente), del suddetto accordo. 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'art. 54 del medesimo accordo.

Gli aspiranti, alla scadenza del termine per la presentazione della domanda, devono possedere i seguenti requisiti:

1. cittadinanza italiana o di un altro Paese appartenente all'UE;
2. iscrizione all'Albo Professionale;
3. 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, previste dall'allegato 2 del citato accordo;

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

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

Nella domanda deve essere fornita la disponibilità ad essere inseriti nelle graduatorie di disponibilità aziendale di cui al comma 12 dell'art. 19 del citato Accordo, che prevede la predisposizione di graduatorie aziendali di specialisti, veterinari e professionisti, 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 dell'art. 19 del citato accordo secondo l'ordine di punteggio;
- b) specialisti, veterinari e professionisti, in possesso dei requisiti di cui al comma 4 dell'art. 19 del citato Accordo, graduati nell'ordine della minore età anagrafica, dell'anzianità della specializzazione e dell'anzianità di laurea.

*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

La documentazione dovrà essere trasmessa in unico file in formato pdf, entro e non oltre il 31 Gennaio 2024.

Al momento dell'invio della domanda, lo specialista deve aver provveduto al pagamento dell'imposta di bollo di €. 16,00 per come indicato nel modello di domanda.

L'amministrazione può effettuare in qualsiasi momento controlli sulla veridicità del contenuto delle dichiarazioni sostitutive rilasciate dai partecipanti, all'avviso in attuazione delle disposizioni contenute nell'art. 71 del T.U approvato con D.P.R. 28/12/2000 n. 445 (Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa).

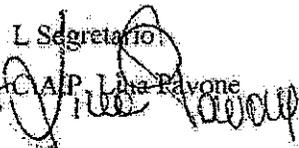
Nel caso in cui dovesse emergere la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, l'amministrazione attiverà le procedure previste dagli art. 75 e 76 del T.U. Approvato con D.P.R. 28/12/2000, n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e si procederà alla determinazione della decadenza dell'incarico per effetto della dichiarazione non veritiera.

La domanda in bollo a mezzo di procedura telematica dovrà essere inoltrata entro il 31 Gennaio 2024 al seguente indirizzo:

comitatoconsultivozonale@pec.aspcatanzaro.it.

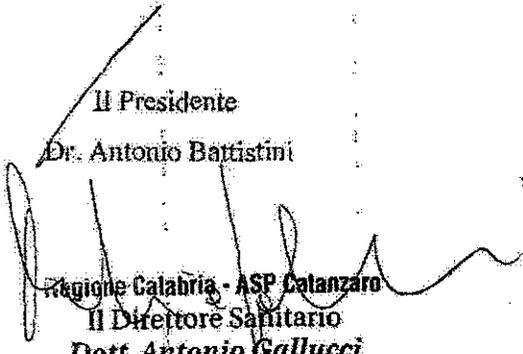
L. Segretario

C.A.P. Lisa Pavone



Il Presidente

Dr. Antonio Battistini



Regione Calabria - ASP Catanzaro

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio Gallucci

DOMANDA ANNUALE DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA DA VALERE PER L'ANNO 2025

ART. 19 DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE VIGENTE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON GLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITA' (BIOLOGI, CHIMICI E PSICOLOGI)

ALLEGATO A

MARCA DA
BOLLO €16

**Azienda Sanitaria Provinciale
di Catanzaro – Comitato Zonale**

comitatoconsultivozonale@pec.aspcatanzaro.it

Lo specialista, il veterinario o il professionista ai sensi del vigente Accordo Collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari e le altre professionalità (biologi, chimici, psicologi), che aspiri a svolgere la propria attività lavorativa nell'ambito delle strutture del SSN di cui all'art. 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 dove 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 Accordo.

BRANCA _____

Il sottoscritt _____ nat a _____

prov _____ il _____ codice fiscale _____

Comune di residenza _____ prov _____

Indirizzo _____ n. _____ CAP _____

tel _____ PEC _____ (leggibile)

chiede di essere inserito nella graduatoria dei :

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

A tal fine allega autocertificazione relativa ai requisiti ed ai titoli valutabili ai fini della graduatoria da valere per l'anno 2025 relativamente all'ambito zonale di Catanzaro nel cui territorio intende ottenere incarico e dichiara di essere presente ;

- nella graduatoria definitiva 2024 _____ con punteggio _____

Data _____

Firma _____

**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.....

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 provincial

/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 ambulatoriale, 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):

SEDE LAVORATIVA..... Tel
 pec.....(leggibile)

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

SEDE LAVORATIVA..... Tel
 pec.....(leggibile)

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

SEDE LAVORATIVA..... Tel
 pec.....(leggibile)

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

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

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

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

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

Indirizzon.....Cap.....

TelefonoPEC.....(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'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