Modello A

DISPONIBILITA' ALL'ACQUISIZIONE DI INCARICHI DEL …..….. TRIMESTRE dell'anno ……

per incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato

per Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari e per Professionisti Ambulatoriali (biologi, chimici, psicologi)

Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.) per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari e altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali del 31/03/2020 e s.m.i.

Modalità d'invio*:
Destinatario: Comitato Zonale Specialisti
- PEC: protocollo.aulss1@pecveneto.it

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI E DI ATTO NOTORIO

(artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000)

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, è prodotta in sostituzione delle normali certificazioni e sulla base della diretta conoscenza dell'interessato per comprovare stati, qualità personali e fatti e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000.

Il/la sottoscritto/a.....…….....……, nato/a a.....

(prov….....) il.....M…..F….. Codice Fiscale…….....

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

Indirizzo….....….....n……..…..Cap.....

Telefono…… Cellulare……..……..…

Indirizzo di Posta Elettronica Certificata – PEC (obbligatorio ai sensi del D.L. n. 185/2008) ……..…@……..……...… e/o analogo indirizzo di posta elettronica ……...…..…@……..……..…

Consapevole che ogni comunicazione verrà indirizzata esclusivamente all'indirizzo di posta elettronica sopra indicato, si impegna a comunicare tempestivamente l'eventuale variazione dei dati comunicati.

comunica la propria disponibilità di acquisizione dell'incarico sotto riportato

Pubblicazione incarichi del..…….. trimestre (indicare l'anno).…….

branca specialistica/area professionale……. n. ore sett.li..……..…….

Particolari capacità professionali richieste (in breve).……

……..……...

da svolgersi presso Azienda ULSS n. 1 DOLOMITI – Distretto di ……

Sede...…….……..

a tal fine DICHIARA DI
(barrare la voce che interessa)

☐ essere cittadino italiano;

☐ essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE;

☐ essere cittadino di altro Paese in possesso delle equiparazioni previste dalle leggi vigenti;

☐ possedere la laurea in……...……..…

con voto ...../110 ☐ senza lode ☐ con lode,

conseguito presso l'Università di..... in data...../...../…….....;

☐ essere abilitato all'esercizio della professione di..... nella sessione..... presso l'Università di.....;

☐ essere iscritto all'Albo professionale dei medici chirurghi e degli odontoiatri presso l'Ordine provinciale di…..... dal.....

☐ essere in possesso delle seguenti specializzazioni (vale anche per la branca di Odontoiatria) 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

☐ fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15/10/1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

☐ fruire di trattamento di quiescenza;

☐ beneficiare delle quote A e B del fondo di previdenza generale dell'EMPAM e degli altri enti previdenziali, o che fruiscano dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP) di cui all'art. 54.

(barrare la voce che <u>non</u> interessa)

- ***essere / non essere*** a conoscenza di essere stato sottoposto a procedimenti penali
  - in caso affermativo specificare come si è concluso il procedimento (es. archiviazione, patteggiamento, sentenza di condanna, ecc.)……..…….……..
- ***avere / non avere*** riportato condanne per i reati di cui agli articoli del codice penale 600 bis – Prostituzione minorile; 600 ter – Pornografia minorile; 600 quater – Detenzione di materiale pornografico; 600 quinquies – Iniziative turistiche volte allo sfruttamento della prostituzione minorile; 609 undecies – Adescamento di minorenni; acconsente a richiedere il proprio certificato del casellario giudiziale;
- ***essere / non essere*** destinatario di sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori;
- ***essere / non essere*** destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- **avere** / ***non avere*** subito procedimenti disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale. In caso affermativo, specificare la violazione contestata, se il procedimento si è concluso, e con quale esito……
- **essere** / ***non essere*** soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei/degli……
  - in caso affermativo specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo)…….……..……

DICHIARA ALTRESI' DI

1) essere **specialista ambulatoriale interno, veterinario/ professionista biologo / psicologo / chimico ambulatoriale titolare di incarico a tempo indeterminato,** ai sensi dell'A.C.N. del 31/03/2020:

di n. ore sett.li..... branca di …….…….. dal..…/…../…….. presso……...…….……

di n. ore sett.li..... branca di …….…….. dal..…/…../…….. presso……...…….……

di n. ore sett.li..... branca di …….…….. dal..…/…../…….. presso……...…….……

aver maturato un'anzianità di almeno 18 mesi nell'incarico in atto come specialista ambulatoriale interno, veterinario / professionista biologo / psicologo / chimico ambulatoriale, nel caso in cui sia necessario un trasferimento di ore (previa rinuncia) per il rispetto del massimale orario di 38 ore settimanali. L'anzianità di cui sopra deve essere maturata alla scadenza del termine stabilito per la presentazione della dichiarazione di disponibilità.	SI	NO
2) essere specialista ambulatoriale interno, veterinario / professionista biologo / psicologo / chimico ambulatoriale titolare di incarico a tempo indeterminato che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dal presente Accordo e chiede il passaggio in altra branca della quale è in possesso del titolo di specializzazione	SI	NO
3) essere titolare di incarico a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale che svolga altra attività compatibile e nel rispetto del massimale orario di 38 ore settimanali	SI	NO

4) essere titolare del seguente incarico:

a) dipendente del Ministero della Difesa a tempo indeterminato

dal …….. presso …….

b) medico di medicina generale

dal…….. presso ……...

c) medico specialista pediatra di libera scelta

dal…….…….. presso ……

d) dipendente del Servizio Sanitario Nazionale a tempo indeterminato

dal…….. ..……..…..……..presso ……

e di essere disponibile a convertirlo completamente in un incarico quale specialista ambulatoriale interno, veterinario / professionista biologo / psicologo / chimico ambulatoriale.

Consapevole che per poter acquisire l'incarico a tempo indeterminato (titolare), il rapporto di lavoro di cui sopra, non potrà cessare fino all'acquisizione dell'incarico di specialista ambulatoriale interno, veterinario / professionista biologo / psicologo / chimico ambulatoriale.

5) essere:

☐ **inserito nella graduatoria provinciale di BELLUNO anno _____**

☐ **non inserito nella graduatoria provinciale di BELLUNO anno _____,** in possesso del titolo di specializzazione in ……..…..…

6) ☐ **essere in possesso dei requisiti per l'iscrizione in graduatoria ai sensi dell''art. 19.**

(Barrare solo nel caso in cui ai punti precedenti si è riposto negativamente)

7) essere **specialista ambulatoriale interno, veterinario** / **professionista biologo / psicologo / chimico ambulatoriale titolare di incarico a tempo determinato,** ai sensi **dell'art. 22**, dell'A.C.N. del 31/03/2020:

di n. ore sett.li..... branca di …….…….. dal..…/…../…… presso……...…….……

di n. ore sett.li..... branca di …….…….. dal..…/…../…… presso……...…….……

8) essere **specialista ambulatoriale interno, veterinario** / **professionista biologo / psicologo / chimico ambulatoriale titolare di incarico provvisorio / di sostituzione,** ai sensi rispettivamente **degli artt. 23 o 36** dell'A.C.N. del 31/03/2020.:

di n. ore sett.li..... branca di …….…….. dal..…/…../…… presso……...…….……

di n. ore sett.li..... branca di …….…….. dal..…/…../…… presso……...…….……

DA COMPILARE SOLO PER LA DISPONIBILITA' ALL'ACQUISIZIONE DI INCARICHI
CON RICHIESTA DI POSSESSO DI PARTICOLARI CAPACITA' PROFESSIONALI

☐ avere partecipato ai seguenti **master, corsi di aggiornamento, corsi di formazione, convegni, congressi,** ecc. (relativamente alle particolari capacità professionali richieste nell'incarico):

- ……
……
presso……..…… dal ..…/……/…… al ..…/……/……
- ……
……
presso……..…… dal ..…/……/…… al ..…/……/……
- ……
……
presso……..…… dal ..…/……/…… al ..…/……/……
- ……
……
presso……..…… dal ..…/……/…… al ..…/……/……
- ……
……
presso……..…… dal ..…/……/…… al ..…/……/……
- ……
……
presso……..…… dal ..…/……/…… al ..…/……/……

☐ avere svolto/svolgere la seguente **attività professionale** (relativamente alle particolari capacità professionali richieste nell'incarico in oggetto):

indicare dettagliatamente la sede presso la quale è stata svolta l'attività in modo tale che questo ufficio possa effettuare i controlli previsti

- presso …….…….. con la qualifica di……..

…… dal ..…/……/..…… al ...…/…..../..……

nella specialità di……. svolgendo le seguenti attività:

……

……

……

…….....

- presso …….…….. con la qualifica di……..

…… dal ..…/……/..…… al ...…/…..../..……

nella specialità di……. svolgendo le seguenti attività:

……

……

……

…….....

- presso …….…….. con la qualifica di……..

…… dal ..…/……/..…… al ...…/…..../..……

nella specialità di……. svolgendo le seguenti attività:

……

……

……

…….....

- presso …….…….. con la qualifica di……..

…… dal ..…/……/..…… al ...…/…..../..……

nella specialità di……. svolgendo le seguenti attività:

……

……

……

…….....

- presso …….…….. con la qualifica di……..

…… dal ..…/……/..…… al ...…/…..../..……

nella specialità di……. svolgendo le seguenti attività:

……

……

……

…….....

- presso …….…….. con la qualifica di……..

…… dal ..…/……/..…… al ...…/…..../..……

nella specialità di……. svolgendo le seguenti attività:

……

……

……

- presso …….…….. con la qualifica di……..

…… dal ..…/…../..…… al ..…/…../..……

nella specialità di……. svolgendo le seguenti attività:

……

……

……

…….....

- presso …….…….. con la qualifica di……..

…… dal ..…/…../..…… al ..…/…../..……

nella specialità di……. svolgendo le seguenti attività:

……

……

……

…….....

☐ **capacità e competenze in area informatica**……

……

……...

☐ **pubblicazioni ed altro** (relativamente alle particolari capacità professionali richieste nell'incarico in oggetto): ……...

……

……

……

……

……

……

……

☐ **altre informazioni** (relativamente alle particolari capacità professionali richieste nell'incarico in oggetto)

……

……

……

……

<u>Il sottoscritto è a conoscenza che l'eventuale acquisizione dell'incarico avverrà nel rispetto delle DGRV di settore.</u>

Il sottoscritto si impegna a comunicare all'Azienda sede del Comitato Zonale di Belluno, con tutta l'urgenza consentita e comunque non oltre quindici giorni dal suo verificarsi, ogni variazione che dovesse insorgere a modifica della posizione segnalata con il presente documento.

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

Il modulo deve essere completo delle due firme, pena l'esclusione.

Luogo, data ……..

Firma

……..

L'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti, in qualità di titolare del trattamento, comunica che tratterà i dati per le finalità correlate al procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, in conformità con la disciplina in materia di protezione dei dati personali (art. 13 del Reg. UE 2016/679).

Luogo, data ……..

Firma

……

Si allega copia di un documento di identità.

Modello B

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(art. 47 D.P.R. n. 445/2000)

DA PRESENTARE ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE O AI GESTORI DI PUBBLICI SERVIZI

Il/la sottoscritto/a……. C.F……...……..

nato/a a……..……. (……..) il……..……..……..

residente a….……. (……..) in via…….…….

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che l'atto/gli atti – il certificato/i certificati – il documento/i documenti qui allegati:

……

……

……

……

……

……

……

……

è/sono copia conforme all'originale, riservandosi di produrre la documentazione originale qualora richiesta.

Luogo, data ……

Firma

……..

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

L'Azienda ULSS n. 1 Dolomiti, in qualità di titolare del trattamento, comunica che tratterà i dati per le finalità correlate al procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, in conformità con la disciplina in materia di protezione dei dati personali (art. 13 del Reg. UE 2016/679).

Luogo, data ……

Firma

……..