

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

ANNO 2027

art. 19 dell'Accordo Collettivo Nazionale 4 aprile 2024 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

Al COMITATO ZONALE DI PERUGIA
Via Guerriero Guerra, 17/21
06127 – Perugia
pec: aslumbria1@postacert.umbria.it

Il sottoscritto....., nato a.....
(Prov.....) il.....M__F__ Codice Fiscale.....
Comune di residenza..... (Prov.....)
Indirizzon..... Cap.....
Telefono.....
E-MAIL.....
PEC.....

CHIEDE

di essere incluso nella graduatoria dei:

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

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:

.....

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.....M__F__ Codice Fiscale.....
Comune di residenza..... (prov.....)
Indirizzon.....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 essere cittadino del seguente Statoed in possesso di uno dei requisiti di
cui all'art. 38, commi 1 e 3bis del D.lgs n.165/2001 e s.m.i. (cfr. punto 1 delle "Avvertenze Generali");

☐ di possedere

☐ il diploma di laurea ovvero

☐ la laurea specialistica della classe

corrispondente in
(medicina e chirurgia - odontoiatria e protesi dentaria - medicina veterinaria - scienze biologiche - chimica - psicologia)
conseguita presso l'Università di..... in data...../...../.....;
(cfr. punto 2 delle "Avvertenze Generali") con voto/110 ☐ senza lode ☐ con lode;

☐ 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..... n. 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

ovvero - per la branca di Cure palliative - della certificazione regionale attestante l'esperienza triennale nella rete delle cure palliative, secondo quanto previsto dall'articolo 1, comma 522, della Legge 30 dicembre 2018, n.145, rilasciata dalla Regione.....il...../...../.....;

☐ di essere in possesso del 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, conseguito in data/...../..... con votazione☐
senza lode ☐con lode, presso.....(art.3
l.n.56/1989) riconosciuto in data .../... /.... dall'Ordine degli Psicologi della Regione
(art. 35 l.n.56/1989)

☐ 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 (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 fruiscano dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale - APP);

☐ di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario;

☐ 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*):

Branca specialistica o area professionale	Azienda USL / Altro Ente	n. ore sett.li	dal	al	totale ore svolte
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ATTENZIONE:

- per coloro che inviano la domanda di **aggiornamento** si prega di indicare solo l'attività svolta nel 2025.
- si prega di non allegare curricula e/o documentazione riguardante corsi d'aggiornamento o attività di lavoro dipendente, Avvisi Pubblici, Co.Co.Co., a progetto, e altre tipologie di contratto non comprese nell'ACN della

Medicina Specialistica, nonché attività presso strutture private o per altro tipo di convenzioni (Medicina Generale) in quanto non sono valutabili.

- non è valutabile il servizio effettuato precedentemente al 2 ottobre 2000

di ☐ essere ☐ non essere disponibile per incarichi provvisori, a tempo determinato o per sostituzioni – art. 19, comma 12 ACN/2024 ;

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, e del Regolamento Europeo 27 aprile 2016 n.2016/679/UE (art.13) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data.....

Firma

La domanda deve essere sottoscritta e trasmessa unitamente alla **copia del documento di identità**.

MOTIVI DI ESCLUSIONE

Costituiscono motivi di esclusione:

- La mancanza dei requisiti generali e specifici richiesti dall'ACN/2024 per l'inserimento nelle singole graduatorie;
- La mancanza della firma nella domanda;
- La mancanza del documento di identità;
- La mancata apposizione marca da bollo - Art 19, comma 3, ACN/2024;
- La mancata inclusione, alla domanda, del documento di riconoscimento (identità) in corso di validità, trattandosi di un elemento costitutivo dell'autocertificazione;
- La presenza di dichiarazioni mendaci eventualmente riscontrate a seguito dei controlli effettuati dall'Amministrazione circa il contenuto delle dichiarazioni rilasciate anche in merito a servizi prestati a titolo diverso rispetto a contratti di Specialistica Ambulatoriale.

**DA COMPILARE E TRASMETTERE OBBLIGATORIAMENTE A MEZZO PEC
ATTENENDOSI ALLE INDICAZIONI RIPORTATE IN CALCE**

DICHIARAZIONE

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

Il/la sottoscritto/a.....

nato/a a.....Prov. Il.....

Indirizzo P.E.C.

Con riferimento alla domanda presentata per:.....

DICHIARA

- sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione 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, trattenuto presso il/la sottoscritto/a.
- che la marca da bollo applicata di euro 16,00 ha il seguente identificativo:
N. IDENTIFICATIVO DATA/...../.....
- di essere a conoscenza che l'amministrazione competente potrà effettuare controllo sulla domanda presentata e pertanto si impegna a conservare l'originale della domanda.

Data

.....

Firma per esteso

.....