

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA

per i **Medici Specialisti e Odontoiatri** aspiranti all'inserimento
nella graduatoria annuale degli aspiranti agli incarichi
valida per l'anno 2015
www.specialistica.com

Marca da bollo

€ 16

- AL COMITATO ZONALE DI NAPOLI
VIA ACQUAVIVA 41
80143 NAPOLI

___ / ___ sottoscritt_ **Dott.**....., nato a.....

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

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

Via n..... CAP.....

Telefono cellulare Telefono fisso

(eventuale recapito diverso da inserire nelle graduatorie che saranno pubblicate sul BURC o per comunicazioni varie:

Via n.

CAP..... Città)

chiede

di essere incluso nella graduatoria dei medici specialisti e odontoiatri valida **per l'anno 2015**, secondo quanto previsto dall'art. 21 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 29 luglio 2009 con le modifiche e le integrazioni dell'8 luglio 2010.

per la branca di

A tal proposito, il sottoscritto, consapevole delle responsabilità cui va incontro ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 colui che rilascia dichiarazioni false o mendaci,

DICHIARA:

1. di essere laureato in (medicina e chirurgia o odontoiatria)

con voto/110 lode **SI'** **NO** (*) **OPPURE con voto**/100 lode **SI'** **NO** (*)

presso l'Università di..... **in data**.....

2. di essere abilitato all'esercizio della professione di..... (medico chirurgo o

odontoiatra) nella sessione..... presso l'Università di.....

3. di essere iscritto all'Albo professionale dei **medici chirurghi** dal ovvero degli **odontoiatri** dal presso l'Ordine provinciale di
(Agli odontoiatri si richiede di allegare alla domanda la fotocopia del tesserino d'iscrizione all'Albo ovvero un attestato d'iscrizione all'Ordine degli Odontoiatri.)

4. di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:

in..... **conseguita il**.....

presso l'Università di..... **con voto**...../..... lode **SI'** **NO** (*)

in..... **conseguita il**.....

presso l'Università di..... **con voto**...../.....

in..... **conseguita il**.....

presso l'Università di..... **con voto**/.....

A tal fine acclude alla presente la seguente documentazione:

a) n. documenti relativi ai titoli in suo possesso, valutabili ai fini del punteggio

b) Prospetto riassuntivo (formulato sotto forma di dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà di cui all'art. 47 DPR 445/2000)

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi del Decreto Lgs 196/2003 e successive modificazioni, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data _____ **Firma per esteso** _____

(*) *Barrare con una X la casella che interessa.*

Avvertenza importante

- *Nel caso l'interessato sia in possesso di due o più titoli di specializzazione che consentano l'inclusione in più graduatorie, occorre presentare **specifiche domande separate**.*

PROSPETTO RIASSUNTIVO (Per Medici specialisti e Odontoiatri) per la specifica delle attività svolte, ai sensi del vigente Accordo Collettivo Nazionale **dalla data di specializzazione fino al 31/12/2013 c/o ASL / AO / AORN / INAIL / SASN / MINISTERO DELLA DIFESA** ecc., formulato ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000 (dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà)

(Non sono valide le attività inerenti gli Avvisi pubblici, gli incarichi di dipendenza con il SSN, le attività svolte presso strutture private e/o accreditate, i contratti, le consulenze Co.Co.Co., ecc. ovvero non è valida qualsiasi altra attività espletata, non regolata sul piano giuridico ed economico dall'Accordo Collettivo Nazionale - non è valida ai fini del punteggio l'attività svolta a tempo indeterminato.)

___ / ___ sottoscritt_ **dott.**....., nato a.....

(prov.), il, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 DPR 445/2000, **dichiara** sotto la propria responsabilità, di aver effettuato le sottoindicate ore di sostituzione / incarico a tempo

determinato **in qualità di (1)** _____ **branca** _____

presso:

| | |
|--|---|
| ASL___ DSB___ ore totali (2) _____ anno_____ | ASL___ DSB___ ore totali_____ anno_____ |
| ASL___ DSB___ ore totali _____ anno_____ | ASL___ DSB___ ore totali_____ anno_____ |
| ASL___ DSB___ ore totali _____ anno_____ | ASL___ DSB___ ore totali_____ anno_____ |
| ASL___ DSB___ ore totali _____ anno_____ | ASL___ DSB___ ore totali_____ anno_____ |
| ASL___ DSB___ ore totali _____ anno_____ | ASL___ DSB___ ore totali_____ anno_____ |

Struttura _____ ore tot.(2) _____ anno _____ **in qualità di (1)** _____

Struttura _____ ore tot.(2) _____ anno _____ **in qualità di (1)** _____

Struttura _____ ore tot.(2) _____ anno _____ **in qualità di (1)** _____

per complessive ore _____ (3)

Allego fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità, costituito da

(indicare il tipo di documento)

NOTE _____

Data _____ **Firma per esteso** _____

(1) Specificare se trattasi di sostituzioni, incarichi provvisori o incarichi a tempo determinato conferiti ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la specialistica ambulatoriale

(2) Indicare solo il numero delle ore di servizio effettivamente svolte e non quello delle ore settimanali d'incarico riportato nei contratti.

(3) Per un totale complessivo di n. 1976 ore annue, corrispondenti a n. 38 ore settimanali per 52 settimane.

- Le ore di attività svolte negli anni antecedenti il 2013 vanno inserite (e comprovate) solo nel caso in cui NON siano già state inserite nelle domande relative agli anni precedenti.

La domanda - **da compilare con caratteri chiari e leggibili** - può essere presentata personalmente al Comitato Zonale; se, invece, e' 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.

Nel caso in cui il Professionista invia a mezzo raccomandata A.R.,
sulla busta deve riportare la seguente dicitura,
possibilmente in basso a sinistra:

DOMANDA D'INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA
per **MEDICI SPECIALISTI e ODONTOIATRI**
valevole per l'anno 2015

per la branca di _____