



AL COMITATO CONSULTIVO ZONALE DI: **FROSINONE**  
c/o ASL-FR Via A. Fabi snc 03100 FROSINONE

Il sottoscritto **Dott.** \_\_\_\_\_  
nato a.....( prov. di..... ) il..... M F  
codice fiscale.....  
Comune di residenza ..... ( CAP ).....( prov..... )  
indirizzo via..... n°.....tel.....  
Recapito professionale nel Comune di ..... ( CAP ).....( prov..... )  
Via..... n°..... telefono.....

**chiede di essere incluso nella graduatoria**

- secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali, medici veterinari ed altre professionalità ( Biologi – Chimici – Psicologi , ex art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni -

di .....per i **Medici Specialisti ed Odontoiatri**  
di ..... per i **Medici Veterinari**

<b>AREA A</b>	<b>AREA B</b>	<b>AREA C</b>
---------------	---------------	---------------

  
( *Barrare l'Area che interessa* )  
di .....per i **Biologi**  
di .....per i **Chimici**  
di ..... per gli **Psicologi** ( disciplina di Psicologia o Psicoterapia )

**a valere per l'anno 2013** relativa alla provincia di **FROSINONE** nel cui ambito territoriale intende ottenere incarico ambulatoriale.

**n.b.** trasmettere una domanda per ogni disciplina

A tal fine acclude alla presente la seguente documentazione:

- autocertificazione informativa;
- n°..... documenti relativi ai titoli in suo possesso, valutabili ai fini della graduatoria predetta e specificati nel prospetto interno.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:  la propria residenza ( *contrassegnare con una x* ) oppure al domicilio sottoindicato:

Comune ..... ( CAP )..... ( prov..... )  
Via ..... n°.....

Data \_\_\_\_\_ Firma per esteso \_\_\_\_\_

**AVVERTENZE IMPORTANTI**

- I documenti comprovanti il possesso dei titoli dichiarati devono essere in regola con le norme sull'imposta di bollo e le disposizioni di legge vigenti.

- Ai fini dell'attribuzione del relativo punteggio, la documentazione allegata deve essere tale da poterne consentire la valutazione e non si terrà conto di quella dalla quale non è possibile dedurre i dati di valutazione o di quella mancante rispetto a quanto dichiarato dall'aspirante.

- Se la domanda è presentata personalmente al competente Ufficio del Comitato Consultivo Zonale, la firma deve essere apposta all'atto della sua presentazione, avanti al dipendente addetto a riceverla. Se, viceversa, la domanda è presentata da un terzo o inviata per posta, deve essere già sottoscritta dall'interessato **ed accompagnata dalla fotocopia non autenticata di un documento d'identità in corso di validità del sottoscrittore.**

## AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott. .... nato a ..... (prov.....)  
il..... **M**\_\_\_ **F**\_\_\_ codice fiscale .....  
Comune di residenza..... CAP..... (prov.....) Indirizzo:  
Via ..... n°..... tel.....  
Recapito professionale nel Comune di ..... CAP..... (prov.....)  
Via ..... n°..... tel.....

**Dichiara**, ai sensi e agli effetti della legge n. 15/68 e successive modificazioni:

1. di essere laureato in.....( Medicina e Chirurgia o Odontoiatria e protesi dentaria ) presso l'Università di.....  
in data..... /..... /...../ **con voto** ...../ .....  
( *specificare giorno, mese ed anno* )
2. di essere abilitato all'esercizio della professione di ..... ( medico chirurgo o odontoiatra, o medico veterinario, o biologo, o chimico, o psicologo ) nella sessione..... presso l'Università di.....
3. di essere iscritto all'Albo professionale .....( dei medici chirurghi o degli odontoiatri, o dei veterinari, o dei biologi, o dei chimici, o degli psicologi ) presso l'Ordine provinciale / regionale di..... dal..... ( *specificare giorno, mese ed anno* )
4. a) di **essere in possesso** delle seguenti specializzazioni:  
  
**in** .....conseguita il..... ( *specificare giorno, mese ed anno* )  
presso l'Università di.....con voto.....  
  
**in** .....conseguita il..... ( *specificare giorno, mese ed anno* )  
presso l'Università di.....con voto.....  
  
**in** .....conseguita il..... ( *specificare giorno, mese ed anno* )  
presso l'Università di.....con voto.....  
  
b) di **essere in possesso** del titolo di:  
  - **Psicoterapia riconosciuta ex art. 35 legge 56/89 autorizzazione dell'Ordine degli Psicologi della Regione** .....
  - **Psicoterapia conseguita ex art. 3 legge 56/89 il** ...../...../...../ **con voto**...../.....
5. di **avere / non avere** (1) subito provvedimenti disciplinari da parte delle competenti Commissioni di Disciplina previste dall'attuale o dai precedenti Accordi.  
  
di **essere / non essere** (1) soggetto ad alcun provvedimento restrittivo di natura disciplinare comminato dall'Ordine..... in caso affermativo, specificare il provvedimento disciplinare:  
.....
6. di **essere nella seguente posizione**:
  - a) **avere / non avere** (1) un rapporto di lavoro subordinato presso qualsiasi Ente pubblico o privato con divieto di libero esercizio professionale;
  - b) **svolgere / non svolgere** (1) attività di medico di medicina generale convenzionato;

- c) **di essere / non essere** (1) iscritto negli elenchi dei medici pediatri di libera scelta
- d) **di esercitare / non esercitare** (1) la professione medica 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 normative ed economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale;
- e) **operare / non operare** (1) a qualsiasi titolo in case di cura convenzionate o accreditate con il S.S.N. ( in caso affermativo, indicare l'Azienda .....);
- f) **svolgere / non svolgere** (1) attività fiscali per conto di Aziende (in caso affermativo indicare l'Azienda.....);
- g) **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.Lvo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
- h) **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.Lvo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
- i) **operare / non operare** (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti o istituzioni private convenzionate o accreditate con le Aziende per l'esecuzione di prestazioni specialistiche effettuate in regime di autorizzazione sanitaria ai sensi dell'art. 43 della legge n. 833/78 e dell'art. 8 – ter del D.Lvo n. 229/99;
- j) **essere / non essere** (1) titolare di incarico nei servizi di Guardia Medica ai sensi del D.P.R. n. 292/87 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 del D.Lvo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
- m) **percepire / non percepire** (1) indennità di rischio in base ad altro rapporto lavorativo ( in caso di risposta affermativa indicare il tipo di attività svolta..... e la misura dell'indennità percepita.....)

7. di avere svolto la seguente attività professionale ai sensi dell' A.C.N. Medici Specialisti Amb.li ed altre Prof. nella branca di \_\_\_\_\_ o Area professionale \_\_\_\_\_, come sostituto, incarico provvisorio e/o a tempo determinato:

*Non vanno assolutamente indicati incarichi stipulati con Aziende, Enti o Amministrazioni pubbliche che non applicano le norme giuridico economiche dell' A.C.N. di cui sopra.*

<input type="checkbox"/> BRANCA Specialistica	presso ( 2 )	ore totali	dal	al
<input type="checkbox"/> AREA Professionale				
.....	.....	.....	..... ( giorno / mese / anno )	..... ( giorno / mese / anno )
.....	.....	.....	..... ( giorno / mese / anno )	..... ( giorno / mese / anno )
.....	.....	.....	..... ( giorno / mese / anno )	..... ( giorno / mese / anno )
.....	.....	.....	..... ( giorno / mese / anno )	..... ( giorno / mese / anno )
.....	.....	.....	..... ( giorno / mese / anno )	..... ( giorno / mese / anno )

**NOTE ( 3 )**

.....  
.....

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, afferma che quanto sopra corrisponde al vero.

Il sottoscritto, dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lvo 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente provvedimento.

**Data**.....

**Firma per esteso**.....

( 1 ) *cancellare la parte che non interessa*

( 2 ) *Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme del presente Accordo*

( 3 ) *Spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.*

**Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali**

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 e in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo di quanto segue::

1. Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento, da parte di questo Comitato Zonale, della formazione della graduatoria di..... valida per l'anno.....
2. Il trattamento viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici;
3. Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, in caso di rifiuto, Ella non potrà essere inserito in detta graduatoria.
4. I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.
5. L'art. 7 del citato D. Lgs. Le conferisce 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.
6. Titolare del trattamento dei dati è il Direttore Generale della Azienda Sanitaria Locale FROSINONE Via A. Fabi snc 03100 FROSINONE.

