

**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLE GRADUATORIE DEI BIOLOGI, DEI CHIMICI, DEGLI
PSICOLOGI E DEGLI PSICOTERAPEUTI ASPIRANTI AL CONFERIMENTO DI INCARICHI
AMBULATORIALI VALIDE PER L'ANNO 2021**

(art. 17 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali, i Veterinari e le altre Professionalità sanitarie -Biologi, Chimici e Psicologi- reso esecutivo in data 17.12.2015 e s.m.i. di cui all' A.C.N. 21.06.2018)

Primo inserimento

Aggiornamento

**Marca da bollo
€ 16,00**

**All'Assessorato della Salute della Regione Siciliana
Dipartimento per la Pianificazione Strategica
Servizio 1 "Personale del S.S.R. dipendente e convenzionato"
90145 Piazza Ottavio Ziino 24 – Palermo**

Il sottoscritto Dr....., nato a..... (prov.....)
il..... M__ F__ Codice Fiscale.....
Comune di residenza.....(prov.....)
Indirizzo:.....n.....
.....Cap.....telefono.....
PEC.....e-mail.....

chiede di essere incluso, per l'anno **2021** nella graduatoria regionale dei

- Biologi
- Chimici
- Professionisti Psicologi
- Professionisti Psicoterapeuti

per il conferimento di incarichi ambulatoriali

A tale fine acclude:

- 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, relativa ai requisiti ed ai titoli valutabili ai fini della graduatoria;
- copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

- PEC
- la propria residenza;
- il domicilio sotto indicato:

c/o.....indirizzo:.....
.....n.....CAP.....
Comune.....Provincia.....

Data.....

Firma per esteso.....

Avvertenze importanti:

- Ai sensi dell'art. 17 dell'A.C.N. 17.12.2015, il termine di scadenza per la presentazione della domanda di inclusione nelle graduatorie regionali dei Biologi, dei Chimici, degli Psicologi e degli Psicoterapeuti aspiranti al conferimento di incarichi ambulatoriali valide per l'anno 2021 è fissato al **31 gennaio 2020**.

- La domanda, in bollo, deve essere spedita a mezzo raccomandata A/R o consegnata a mano entro e non oltre il 31 gennaio 2020 all'Assessorato Regionale della Salute – Dipartimento Pianificazione Strategica – Servizio 1 “Personale del S.S.R. dipendente e convenzionato” – Piazza Ottavio Ziino n. 24 – 90145 Palermo.

A pena d'esclusione, è obbligatoria la presentazione della dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio relativa ai requisiti ed ai titoli valutabili ai fini della graduatoria e della copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità.

Per l'accoglimento della domanda farà fede il timbro postale o il timbro apposto dall'ufficio protocollo se consegnata a mano.

- L'incompletezza dei dati comporterà la non attribuzione dei relativi punteggi.

L'autocertificazione dovrà pertanto indicare esattamente il numero delle ore di attività svolte, il periodo di svolgimento e l'Azienda/Ente presso la quale è stata svolta l'attività.

Ai sensi dell'art. 17, comma 4, dell' A.C.N. 17.12.2015 e dell' art. 2 dell' A.C.N. 21.06.2018, gli aspiranti all'iscrizione in graduatoria non devono trovarsi nella condizione di cui all'art. 25, comma 1, lett. h) e l) del predetto A.C.N. 17.12.2015 e devono possedere alla scadenza del termine per la presentazione della domanda i seguenti requisiti:

- a) cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE;
- b) iscrizione all'Albo professionale;
- c) diploma di laurea in psicologia, scienze biologiche, chimica, ovvero la laurea specialistica della classe corrispondente;
- d) diploma di specializzazione in una delle discipline della categoria professionale interessata, previste nell'allegato 2 dell' A.C.N. 21.06.2018.

(art. 25, comma 1, lett. h) : fruiscia 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 - art. 25, comma 1, lett. l): fruiscia di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente)

I professionisti già titolari di incarico a tempo indeterminato che abbiano raggiunto il massimale orario di cui all'art. 26, comma 1 del citato Accordo non possono fare domanda di inserimento nelle graduatorie per la medesima area in cui già operano.

**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 Dr....., nato a.....(prov.)
il..... M_ F_ Codice Fiscale.....
Comune di residenza.....(prov.....)
Indirizzo Vian..... Cap..... telefono.....
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) ovvero la laurea specialistica (LS) della classe corrispondente in
..... con voto...../110 senza lode con lode(DL) con voto
...../100 senza lode con lode (LS) conseguito/a presso l'Università di.....
.....in data.....
- di essere abilitato all'esercizio della professione di..... nella sessione.....
presso l'Università di.....
- di essere iscritto all'Albo professionale - sezione A -presso l'Ordine
provinciale/regionale/nazionale di..... dal.....
- di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:
in..... conseguita il..... presso l'Università
di..... con voto..... senza lode con lode
in..... conseguita il..... presso l'Università
di..... con voto..... senza lode con lode
in..... conseguita il..... presso l'Università
di..... con voto..... senza lode con lode
- 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 con massimale orario pari a 38 ore settimanali;
- di avere svolto la seguente attività professionale, presso Aziende sanitarie o Istituzioni pubbliche che applicano le norme dell'A.C.N. della specialistica ambulatoriale, come sostituto, incarico provvisorio e a tempo determinato (indicare il servizio svolto fino al 31 dicembre dell'anno precedente); ai sensi dell' Allegato 1 – titoli professionali – ACN 17.12.2015 non è valutabile il servizio effettuato precedentemente al 2 ottobre 2000

presso	ore effettivamente svolte	dal	al
.....
.....

presso

ore effettivamente svolte

dal

al

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data.....

Firma per esteso

Informativa resa all'interessato per il trattamento di dati personali.

Ai sensi del Regolamento Europeo 27 aprile 2016 n. 2016/679/UE e del Codice della Privacy, D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 modificato dal D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101, si informa che:

- i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente per le finalità strettamente necessarie e connesse alla formazione della graduatoria regionale valida per l'anno . Per tali finalità l'acquisizione dei dati è necessaria e il loro mancato conferimento, o una loro omissione, comporterà l'esclusione dalla procedura.

- il trattamento viene effettuato mediante strumenti cartacei, informatici, telematici e telefonici.

- l'interessato ha diritto di accedere ai dati che lo riguardano, di chiederne l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione e la cancellazione se non pertinenti o raccolti in modo non conforme alle norme. L'interessato può, altresì, opporsi al trattamento per motivi legittimi.

- i dati personali saranno pubblicati sul sito istituzionale e sulla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana

- Titolare del trattamento dei dati è l'Assessore Regionale per la Salute

- Responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente Generale del Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica

Si autorizza l'Amministrazione al trattamento dei propri dati personali.

Data

Firma _____

