

Marca da
bollo
come da
norme

ALL'ASL AL - Alessandria
All'attenzione del Comitato Zonale

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA
(Anno 2026– Ambito zonale provinciale di Alessandria)

AI SENSI DELL'ART. 19 DELL'A.C.N. DEL 31/03/2020 E S.M.I PER LA DISCIPLINA DEI
RAPPORTI CON I MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI

MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Branca di _____

Il/La sottoscritto/a Dott. _____, nato/a il _____

a _____ (Prov. _____)

C.F: _____ Comune di residenza _____

(Prov. _____) Cap. _____ Via _____ n° _____

Telefono _____

Recapito professionale nel Comune di _____ (Prov. _____)

Cap _____ Via _____ n° _____ telefono _____

e-mail _____ fax n. _____

Chiede di essere incluso/a nella graduatoria anno 2026 della Branca di _____

per gli specialisti ambulatoriali, secondo quanto previsto dall'A.C.N. del 31/03/2020 e s.m.i.

Chiede, inoltre, di essere inserito nella graduatoria di cui all'art. 19, comma 12, A.C.N. vigente (graduatorie di specialisti disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione) – barrare la casella che interessa

SI

NO

A tale fine acclude alla presente la seguente documentazione:

- autocertificazione informativa relativa ai requisiti e ai titoli valutabili ai fini della graduatoria
- fotocopia di valido documento di identità
- altro (specificare)

Data _____

Firma per esteso _____

Avvertenze importanti

- 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.

- **Allegare fotocopia non autenticata di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.**

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il/La sottoscritto/a Dott. _____

Consapevole della responsabilità penale richiamata dall'art. 76, D.P.R. 445/2000 e s.m.i., nonché della perdita dei benefici conseguiti cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA (ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.):

1. Di essere nato/a a _____ il _____

2. (barrare la casella che interessa):

di essere cittadino/a italiano/a

di essere cittadino/a di altro Paese appartenente all'U.E. (specificare:)

3 di essere laureato/a in _____, con voto _____
presso l'Università di _____ in data _____ (1)

4. di essere abilitato/a all'esercizio della professione
di _____ nella sessione _____ presso
l'Università di _____

5 di essere iscritto/a all'Albo professionale _____ (dei medici chirurghi
o degli odontoiatri), presso l'Ordine provinciale di _____ dal _____
(1) (2)

6 . di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:

- in _____ conseguita il _____ (1)
presso l'Università di _____ con voto _____
- in _____ conseguita il _____ (1)
presso l'Università di _____ con voto _____
- in _____ conseguita il _____ (1)
presso l'Università di _____ con voto _____

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...../...../.....;

7. di avere / non avere (3) subito provvedimenti disciplinari da parte delle competenti Commissioni di Disciplina previste dall'attuale o dai precedenti Accordi

8. di essere / non essere (3) soggetto/a a provvedimento restrittivo di natura disciplinare comminato dall'Ordine provinciale di _____

In caso affermativo, specificare il provvedimento disciplinare:

9 di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministero del Lavoro e della previdenza sociale;

10 di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;

11 di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialistica ambulatoriale nella stessa branca per la quale si chiede l'inserimento in graduatoria;

12 di avere svolto attività professionale nella branca, presso AA.SS.LL. o altri Enti che applicano le norme dell'A.C.N. vigente in qualità di sostituto, incaricato provvisorio e a tempo determinato **come precisato agli ALLEGATI N. 1 e/o N. 2**

N.B.: non devono essere dichiarati i rapporti di lavoro dipendente, gli incarichi di consulenza, gli incarichi libero – professionali, né le borse di studio, ma solo le attività (ad eccezione di quelle a tempo indeterminato) svolte ai sensi dell'ACN che regola la specialistica ambulatoriale interna

13 di aver svolto attività professionale **a tempo indeterminato** nella branca, presso AA.SS.LL. o altri Enti che applicano le norme dell'A.C.N. vigente, *come precisato all'ALLEGATO A* **SOLO PER COLORO CHE HANNO CESSATO L'INCARICO A TEMPO INDETERMINATO ED INTENDONO INSERIRSI NELLA GRADUATORIA**

NON SONO VALUTABILI LE ORE EFFETTUATE PRIMA DEL 02/10/2000

(1) indicare con precisione giorno, mese ed anno

(2) in caso di precedenti iscrizioni presso altri Ordini indicare con precisione l'Ordine ed il periodo

(3) cancellare la parte che non interessa

Data _____

Firma per esteso _____

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., nonché del Regolamento UE 2016/679, che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene resa la presente dichiarazione.

Data _____

Firma per esteso _____

Inoltre, sempre ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., nonché del Regolamento UE 2016/679, autorizza la trattazione e la divulgazione dei propri dati personali, con particolare riferimento alla segnalazione dei propri dati anagrafici, indirizzo e recapito telefonico agli Enti interessati, al fine di consentire agli stessi le procedure di assegnazione diretta di eventuali incarichi.

Data _____

Firma per esteso _____

PUNTO 12 - ALLEGATO N. 2

Da compilare, una pagina per ogni anno di attività professionale svolta nella branca, ai sensi del vigente A.C.N., in qualità di sostituto, incaricato provvisorio e a tempo determinato **esclusivamente** dagli specialisti ambulatoriali che:

- a) **non sono inseriti nella graduatoria del Comitato Zonale di Alessandria valevole per l'anno 2025.**
- b) pur essendo inseriti nella graduatoria del Comitato Zonale di Alessandria valevole per l'anno 2025, intendono **integrare** quanto dichiarato in precedenza, dato che l'attività già acquisita viene inserita e calcolata in automatico.

N.B.: NON SONO VALUTABILI LE ORE EFFETTUATE PRIMA DEL 02/10/2000

ANNO _____					
BRANCA	ENTE	N. ore settimanali	DAL	AL	Totale ore effettivamente svolte nel periodo
Totale ore effettivamente svolte nell'anno _____					(1)

(1) Somma totale ore effettivamente svolte nell'anno indicato

Data _____

Firma per esteso _____

PUNTO 13 - ALLEGATO A

Attività professionale svolta nella branca in qualità di **incaricato a tempo indeterminato** ai sensi dell'A.C.N. vigente

Da compilare, una pagina per ogni anno di attività, **ESCLUSIVAMENTE da coloro che HANNO CESSATO L'INCARICO A TEMPO INDETERMINATO ED INTENDONO INSERIRSI NELLA GRADUATORIA**

N.B.: NON SONO VALUTABILI LE ORE EFFETTUATE PRIMA DEL 02/10/2000

ANNO _____					
BRANCA	ENTE	N. ore settimanali	DAL	AL	Totale ore effettivamente svolte nel periodo
Totale ore effettivamente svolte nell'anno _____					(1)

(1) Somma totale ore effettivamente svolte nell'anno indicato

Data _____

Firma per esteso _____

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Egregio/a Dottore/Dottoressa,

Ai sensi del Decreto Legislativo n. 196/03 e s.m.i., nonché del Regolamento UE 2016/679, in relazione ai dati personali richiesti, La informiamo di quanto segue:

1. Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento del procedimento volto alla formazione e all'approvazione della graduatoria (anno 2025) di cui all'art. 19, A.C.N. del 31/03/2020 e s.m.i.;
2. Il trattamento viene effettuato avvalendosi anche di strumenti 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. Nell'ambito del procedimento di cui sopra, dati anagrafici, punteggio e posizione nella graduatoria saranno pubblicati sul sito istituzionale dell'ASL AL, nonché sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte;
5. I citati Decreto e Regolamento Le conferiscono 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 l'A.S.L. AL.