

**AVVISO PREDISPOSIZIONE GRADUATORIE AZIENDALI DI CUI AL CAPO IV, ART.19 COMMA 12 DEL VIGENTE ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON GLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITÀ SANITARIE (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI) AMBULATORIALI APPROVATO IN DATA 31 MARZO 2020.**

**AVVISO N.0052066 DEL 18 MAGGIO 2020**

**PREMESSO** che la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato e Regioni nella seduta del 31 marzo 2020 ha reso esecutivo l'ipotesi di Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e s.m.i.;

**PRESO ATTO** che con Decreto Regionale n. 2755 del 12 marzo 2020 sono state pubblicate sul BURC n. 30 del 07 aprile 2020, le Graduatorie definitive per la medicina specialistica, da valere per il 2020;

**RICONTRATO CHE** l'art.19 comma 12, prevede che l'Azienda sede del Comitato Zonale di riferimento pubblica sul proprio sito istituzionale un avviso per la predisposizione di graduatorie di specialisti, veterinari e professionisti distinte per branca di cui all' Allegato 2, del citato Accordo, e disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione;

**SI RENDE NECESSARIO** indire un avviso per la predisposizione delle citate graduatorie, che saranno redatte, secondo il seguente ordine di priorità:

- a) iscritti nelle graduatorie di cui al comma 10 secondo l'ordine di punteggio;
- b) specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui al comma 4, graduati nell'ordine della minore età anagrafica, dell'anzianità di specializzazione e dell'anzianità di laurea.

Sarà cura del Comitato Zonale provvedere alla formulazione e predisposizione delle relative graduatorie ai sensi dell'art.19 comma 12, per tutte le branche di cui all'Allegato 2, del vigente Accordo.

***Presentazione della domanda***

L'interessato esprime la propria disponibilità ad essere inserito nella graduatoria di disponibilità, **dal giorno successivo alla pubblicazione sul sito istituzionale, utilizzando** la domanda allegata al presente avviso, dotata di una marca da bollo di € 16,00 (Circolare Agenzia delle Entrate Prot. n.954-19608/2010), e trasmessa entro e **non oltre quindici giorni successivi alla pubblicazione per come di seguito indicato;**

   
1

Indirizzata e trasmessa:

- Per lettera Raccomandata Al Presidente del Comitato Zonale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro Via Daniele n.18, 88100 Catanzaro e nel rispetto del termine di presentazione dell'avviso e dovrà risultare esclusivamente dal timbro postale applicato sulla raccomandata;

- Trasmessa in un unico file PDF all'indirizzo di Posta Elettronica Certificata Al Presidente del Comitato Zonale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro all'indirizzo [comitatoconsultivozonale@pec.aspcatanzaro.it](mailto:comitatoconsultivozonale@pec.aspcatanzaro.it) entro e non oltre le ore 12.00 del quindicesimo giorno successivo alla pubblicazione, pena esclusione.

La validità di tale modalità di invio, ai sensi della normativa vigente, è subordinata all'utilizzo, da parte dei partecipanti all'avviso, di casella di posta elettronica certificata personale.

Non è possibile l'invio da casella di posta elettronica semplice, anche se indirizzata alla casella PEC sopra indicata.

**Documentazione da allegare:**

- Allegato A, Domanda di partecipazione allegata al presente Avviso;
- Allegato\_B\_autocertificazione\_informativa;
- Dichiarazione ai sensi ed agli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e s.m.i. se la domanda sarà trasmessa con pec;
- Fotocopia documento di identità non scaduto;

La firma in calce alla domanda non deve essere autenticata ai sensi dell'art. 3, comma 5, della Legge 15 maggio 1997, n. 127.

Saranno escluse pertanto le domande:

- pervenute prima della presente pubblicazione;
- pervenute oltre il termine di cui sopra;
- prive di firma;
- Per eventuali informazioni telefonare al numero telefonico 0961/722944 o all'indirizzo [comitatoconsultivozonale@pec.aspcatanzaro.it](mailto:comitatoconsultivozonale@pec.aspcatanzaro.it).

*Il Segretario*  
*Coll. Prof.le Amm.vo Caterina Tavano*

*Il Presidente del Comitato Zonale*  
*Dr. Maurizio Rocca*

**DOMANDA AVVISO N. 0052066 DEL 18 MAGGIO 2020 PREDISPOSIZIONE GRADUATORIE AZIENDALI DI CUI AL CAPO IV, ART.19 COMMA 12 DEL VIGENTE ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON GLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITÀ SANITARIE (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI) AMBULATORIALI APPROVATO IN DATA 31 MARZO 2020.**

Marca da bollo 16,00 euro

Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro  
Al Presidente Comitato Consultivo Zonale  
Via A. Daniele 18,  
88100 Catanzaro

\_\_ sottoscritto....., nat\_a.....

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

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

Indirizzo .....n.....Cap.....

telefono.....

PEC.....(leggibile)\*.

**CHIEDE**

- **di essere incluso graduatoria di disponibilità aziendale ai sensi dell'art.19 comma 12**, per la predisposizione di graduatorie di specialisti, veterinari e professionisti, distinte per branca di cui all' Allegato 2, del vigente Accordo, e disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione predisposte secondo il seguente ordine di priorità:
  - a) iscritti nelle graduatorie di cui al comma 10 secondo l'ordine di punteggio;
  - b) specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui al comma 4, graduati nell'ordine della minore età anagrafica, dell'anzianità di specializzazione e dell'anzianità di laurea.

- medici specialisti ed odontoiatri: branca di.....
- medici veterinari- AREA  A.....  B.....  C.....
- biologi
- chimici
- professionisti psicologi
- professionisti psicoterapeuti

A tale fine acclude alla presente, autocertificazione, relativa ai requisiti ed ai titoli valutabili ai fini della graduatoria.

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 .....codice fiscale .....  
.....Comune di residenza.....prov.....  
indirizzo.....n.....CAP.....  
PEC.....(leggibile)\*.

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)  la laurea specialistica (LS) della classe corrispondente in ..... (medicina e chirurgia - odontoiatria e protesi dentaria - medicina veterinaria - biologia - chimica - psicologia):
  - diploma di laurea con voto ...../110  senza lode  con lode, conseguito presso l'Università di..... in data...../...../.....;
  - laurea specialistica/magistrale con voto ...../100  senza lode  con lode conseguita presso l'Università di..... in data...../...../.....;
  - 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..... 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

- di essere titolare di incarico a tempo \_\_\_\_\_
- di non essere titolare di incarico;
- di non essere inserito nella graduatoria per la medicina specialistica per l'anno 2020;
- di essere inserito nella graduatoria per la medicina specialistica per l'anno 2020 con punti\_\_\_;
- di non trovarsi in situazioni di incompatibilità di cui all'art. 27 del citato Accordo
- di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;

- **Indicare con precisione i dati richiesti, elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni utili ad accertare la veridicità della dichiarazione prodotta (art. 13 DPR 445/2000),**

NOTE \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

**Allegare, documento di identità in corso di validità**

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

**DA COMPILARE E TRASMETTERE OBBLIGATORIAMENTE SOLO IN CASO DI  
TRASMISSIONE A MEZZO PEC  
ATTENENDOSI ALLE INDICAZIONI RIPORTATE IN CALCE.**

**DICHIARAZIONE**

**ai sensi ed agli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e s.m.i.**

\_\_Sottoscritt\_\_ Dott. \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_,  
il \_\_\_\_\_ indirizzo pec \_\_\_\_\_ in riferimento alla  
domanda di partecipazione \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste, in caso di dichiarazioni non veritiere;

1. di avere assolto al pagamento di bollo di euro 16,00 tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo sul cartaceo della presente domanda trattenuto presso il/la sottoscritta/o; a tal proposito dichiara inoltre che la marca da bollo di euro 16,00 applicata è la seguente:

a. data e ora di emissione \_\_\_\_\_

b. IDENTIFICATIVO n. \_\_\_\_\_

- di conservare l'originale della domanda di cui sopra per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione;

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
firma per esteso e leggibile

## AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto....., nato a.....  
 (prov.....)il.....M\_F\_\_Codice Fiscale.....  
 Comune di residenza.....(prov.....)  
 Indirizzo .....n.....Cap.....  
 telefono.....  
 PEC.....e-mail.....

ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R.

## DICHIARA

1. di essere / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;
2. di 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.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
3. di esercitare /non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
4. di essere/ non essere (1) titolare o partecipante di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
5. di svolgere/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;
6. di svolgere/non svolgere (1) attività pediatra di libera scelta;
7. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
8. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
9. di esercitare/non esercitare (1) la professione medica/sanitaria 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 economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi ( *in caso*

*affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività*\_\_\_\_\_);

10. di svolgere/non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;
11. di fruire/non fruire (1) 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;
12. di operare/non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. (*in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività*\_\_\_\_\_);
13. di 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.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;
14. di essere/non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;
15. di fruire/non fruire (1) di trattamento di quiescenza;
16. di avere/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (*in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata*\_\_\_\_\_);
17. di essere/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei\_\_\_\_\_ di\_\_\_\_\_.  
*In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo):*\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;
18. di avere/non avere (1) riportato condanne penali e di avere/non avere (1) procedimenti penali pendenti;
19. di percepire/non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale (*in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta*\_\_\_\_\_ *e la misura dell'indennità percepita*\_\_\_\_\_).

NOTE (3)

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

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

Data.....Firma per esteso .....

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

Firma apposta alla presenza di \_\_\_\_\_  
con identificazione del dichiarante mediante \_\_\_\_\_

Il funzionario

\_\_\_\_\_

*(1) cancellare la parte che non interessa*

*(2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità*

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

**N.B. La presente autocertificazione informativa, con le appropriate modificazioni, è utilizzabile anche per le comunicazioni, ai comitati di cui all'art. 18 dell'ACN, relative alle modificazioni intervenute nello stato professionale.**