



DA UTILIZZARE PER LA DISPONIBILITÀ DI ACQUISIZIONE DI INCARICO

(barrare con crocetta il tipo di incarico)

- provvisorio** ai sensi art. 23 dell'A.C.N. del 04/04/2024
- di sostituzione** ai sensi art. 36 co. 1 dell'A.C.N. del 04/04/2024

Con riferimento alla nota prot. n° _____ del _____

branca specialistica/area professionale _____ n. ore sett.li _____

Particolari capacità professionali richieste (in breve) _____

da svolgersi presso _____

il/la sottoscritto/a _____

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., è prodotta in sostituzione delle normali certificazioni e sulla base della diretta conoscenza dell'interessato per comprovare stati, qualità personali e fatti e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.

DICHIARA DI

(scrivere in stampatello, in modo chiaro e in forma completa)

- essere nato/a a _____ (prov. _____) il _____
- possedere il seguente Codice Fiscale _____
- essere residente a _____ (prov. _____)
Indirizzo _____ n. _____ CAP _____
- essere domiciliato a _____ (prov. _____)
Indirizzo _____ n. _____ CAP _____
- possedere il seguente recapito telefonico _____
- possedere il seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata – PEC (obbligatorio ai sensi del D.L. n. 185/2008) _____ @ _____
o analogo indirizzo di posta elettronica _____ @ _____

essere consapevole che ogni comunicazione verrà indirizzata esclusivamente all'indirizzo di posta elettronica sopra indicato, si impegna a comunicare tempestivamente l'eventuale variazione dei dati comunicati.

- essere cittadino italiano;
 di altro Paese appartenente alla UE (specificare) _____
 di possedere le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti _____ ;
- possedere la laurea in _____
con voto _____/100 senza lode con lode

conseguita presso l'Università di _____

in data ____/____/____

- essere abilitato all'esercizio della professione di _____
nella sessione _____ presso l'Università di _____
- essere iscritto all'Albo professionale dei medici chirurghi / odontoiatri / veterinari / biologi / chimici / psicologi n° _____ presso l'Ordine provinciale / regionale / nazionale di _____ dal _____
- essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:

conseguita il ____/____/____ presso l'università di _____

con voto ____/100 senza lode con lode

conseguita il ____/____/____ presso l'università di _____

con voto ____/100 senza lode con lode

conseguita il ____/____/____ presso l'università di _____

con voto ____/100 senza lode con lode

in più per gli psicologi:

Psicoterapia riconosciuta ai sensi dell'art. 3 della L. n.56/1989, conseguita il _____
presso l'Istituto _____ di _____ con voto ____

Psicoterapia riconosciuta ai sensi dell'art. 35 della L. n.56/1989, riconosciuta dall'Ordine
Regionale degli psicologi di _____

Con Deliberazione n. _____ del _____

(barrare la voce che non interessa)

- **essere / non essere** a conoscenza di essere stato sottoposto a procedimenti penali
 - in caso affermativo specificare come si è concluso il procedimento (es. archiviazione, patteggiamento, sentenza di condanna, ecc.) _____ ;
- **avere / non avere** riportato condanne per i reati di cui agli articoli del codice penale 600 bis
 - Prostituzione minorile; 600 ter - Pornografia minorile; 600 quater - Detenzione di materiale pornografico; 600 quinquies - Iniziative turistiche volte allo sfruttamento della prostituzione minorile; 609 undecies - Adescamento di minorenni; acconsente a richiedere il proprio certificato del casellario giudiziale;



- **essere / non essere** destinatario di sanzioni interdittive all'esercizio di attività che comportino contatti diretti e regolari con minori;
- **essere / non essere** destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- **avere / non avere** subito procedimenti disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale - in caso affermativo specificare la sanzione riportata o l'archiviazione del procedimento _____ ;
- **essere / non essere** soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine Professionale dei/degli _____
 - in caso affermativo specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo) _____ .

Consapevole che, la sopravvenuta, contestata ed accertata insorgenza di una delle situazioni di incompatibilità previste dall'Accordo comporta la sospensione e/o la revoca del rapporto convenzionale secondo le procedure di cui agli artt. 37 e 38,

DICHIARA ALTRESÌ DI

• **essere nella seguente posizione:**

- 1) **essere / non essere** titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN.) ed altre Istituzioni pubbliche che applicano le norme del presente Accordo (INPS, INAIL, Ministero della Difesa, SASN, ecc.)
 - in caso affermativo specificare rapporto/i in essere e presso (tipologia, sede e decorrenza)

- 2) **essere / non essere** proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il SSN., ai sensi del D.P.R. n. 120/1988 e s.m.i., o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.
 - in caso affermativo specificare _____
- 2 bis) **essere / non essere** Direttore Sanitario di strutture private e private convenzionate con il SSN, ai sensi del D.P.R. n. 120/1988 e s.m.i., o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.
 - in caso affermativo specificare _____

- 3) **esercitare / non esercitare** attività che configurino conflitto d'interessi con il rapporto di lavoro con il SSN
 - in caso affermativo specificare _____
- 4) **essere / non essere** titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il SSN
 - in caso affermativo specificare _____
- 5) **svolgere / non svolgere** attività di medico di medicina generale
 - in caso affermativo indicare Azienda Ulss _____ decorrenza _____
- 6) **svolgere / non svolgere** attività di pediatra di libera scelta
 - in caso affermativo indicare Azienda Ulss _____ decorrenza _____
- 7) **essere / non essere** titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo) ambulatoriale
 - in caso affermativo indicare Azienda Ulss _____ decorrenza _____
- 8) **essere / non essere** titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo) ambulatoriale
 - in caso affermativo indicare Azienda Ulss _____ decorrenza _____
- 9) **esercitare / non esercitare** la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al SSN e che non adottino le clausole normative ed economiche del presente Accordo Collettivo Nazionale 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) **svolgere / non svolgere** funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale
 - in caso affermativo specificare _____
- 11) **fruire / non fruire** del trattamento di invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto del 15/10/1976 del Ministero del lavoro e della previdenza sociale
- 12) **operare / non operare** a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il SSN
 - in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività _____

- 13) **essere / non essere** titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/1988 e s.m.i. o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, co. 5, del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.
 - in caso affermativo indicare presso _____
- 14) **essere / non essere** iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. n. 368/1999 e s.m.i.
- 15) **fruire / non fruire** di trattamento di quiescenza
 - in caso affermativo indicare:
 Ente erogatore _____
 Anno di collocamento in quiescenza _____
 Amministrazione presso cui è stato collocato in quiescenza _____
- 16) **percepire / non percepire** 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 _____
 la misura dell'indennità percepita _____
- 17) **svolgere / non svolgere** altra attività sanitaria presso soggetti pubblici o privati oltre quelle sopra evidenziate (indicare qualsiasi altro tipo di attività non compreso nei punti precedenti)
 - in caso affermativo indicare la tipologia, la struttura e il periodo _____

 - in caso negativo scrivere NESSUNA _____
- **essere/non essere** Specialista Ambulatoriale Interno con incarico provvisorio/ di sostituzione ai sensi dell'A.C.N.:
 branca specialistica / area professionale di _____
 presso Azienda Ulss _____ per n. ore sett.li _____
 branca specialistica / area professionale di _____
 presso Azienda Ulss _____ per n. ore sett.li _____

Note

DICHIARA ALTRESÌ DI

(da compilare solo se l'incarico richiede particolari capacità professionali)

- avere partecipato ai seguenti **master, corsi di aggiornamento, corsi di formazione, convegni, congressi**, ecc. (relativamente alle particolari capacità professionali richieste nell'incarico):

- _____

presso _____ dal _____ al _____

- _____

presso _____ dal _____ al _____

- _____

presso _____ dal _____ al _____

- _____

presso _____ dal _____ al _____

- _____

presso _____ dal _____ al _____

- _____

presso _____ dal _____ al _____

- _____

presso _____ dal _____ al _____

- avere svolto/svolgere la seguente **attività professionale** (relativamente alle particolari capacità professionali richieste nell'incarico in oggetto):

indicare dettagliatamente la sede presso la quale è stata svolta l'attività in modo tale che questo ufficio possa effettuare i controlli previsti

- Ente datore di lavoro _____ sede _____

tipo di rapporto di lavoro _____

dal _____ al _____ nella specialità di _____

svolgendo la seguente attività: _____



• Ente datore di lavoro _____ sede _____
tipo di rapporto di lavoro _____
dal _____ al _____ nella specialità di _____
svolgendo la seguente attività: _____

• Ente datore di lavoro _____ sede _____
tipo di rapporto di lavoro _____
dal _____ al _____ nella specialità di _____
svolgendo la seguente attività: _____

• Ente datore di lavoro _____ sede _____
tipo di rapporto di lavoro _____
dal _____ al _____ nella specialità di _____
svolgendo la seguente attività: _____

• Ente datore di lavoro _____ sede _____
tipo di rapporto di lavoro _____
dal _____ al _____ nella specialità di _____
svolgendo la seguente attività: _____

• Ente datore di lavoro _____ sede _____
tipo di rapporto di lavoro _____
dal _____ al _____ nella specialità di _____
svolgendo la seguente attività: _____



• Ente datore di lavoro _____ sede _____
 tipo di rapporto di lavoro _____
 dal _____ al _____ nella specialità di _____
 svolgendo la seguente attività: _____

• Ente datore di lavoro _____ sede _____
 tipo di rapporto di lavoro _____
 dal _____ al _____ nella specialità di _____
 svolgendo la seguente attività: _____

• Ente datore di lavoro _____ sede _____
 tipo di rapporto di lavoro _____
 dal _____ al _____ nella specialità di _____
 svolgendo la seguente attività: _____

NB: relativamente alle particolari capacità professionali richieste nell'incarico, si precisa che l'art. 32 comma 3 dell'Accordo Integrativo Regionale (A.I.R.) del 12/10/2021, prevede che la documentazione oggetto di valutazione da parte della Commissione Tecnica aziendale sia costituita unicamente dalle dichiarazioni rese dai candidati con dichiarazione resa ai sensi degli artt. 46-47 del DPR n. 445/2000 e s.m.i. e dai documenti allegati e che la Commissione dichiari l'idoneità dei candidati sulla base unicamente delle capacità professionali autocertificate in quanto acquisite presso strutture pubbliche italiane (Aziende ULSS, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, IRCSS pubblici e IZS).

capacità e competenze in area informatica _____

pubblicazioni ed altro (relativamente alle particolari capacità professionali richieste nell'incarico in oggetto): _____



altre informazioni (relativamente alle particolari capacità professionali richieste nell'incarico in oggetto): _____

Luogo, data _____

Firma per esteso

Il sottoscritto si impegna a comunicare all'Azienda, con tutta l'urgenza consentita e comunque non oltre quindici giorni dal suo verificarsi, ogni variazione che dovesse insorgere a modifica della posizione segnalata con il presente documento.

L'Azienda ULSS n 2 Marca trevigiana, in qualità di titolare del trattamento, comunica che tratterà i dati per le finalità correlate al procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, in conformità con la disciplina in materia di protezione dei dati personali (art. 13 del Reg. UE 2016/679). Per ulteriori informazioni si rinvia espressamente alla "Informativa agli utenti" pubblicata nel sito aziendale www.aulss2.veneto.it in quanto applicabile.

La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati che vi consentono.

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445/2000 e s.m.i., la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato/a in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

Luogo, data _____

Firma per esteso

**Trasmettere via PEC a protocollo.aulss2@pecveneto.it
oppure via mail a protocollo@aulss2.veneto.it**