

**DISPONIBILITÀ ALL'ACQUISIZIONE DI INCARICHI DEL _____ TRIMESTRE
dell'anno _____**

per incarico a tempo indeterminato o a tempo determinato

per Specialisti Ambulatoriali Interni

Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.) per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni,
veterinari e altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali del 04/04/2024

Modalità d'invio:

Destinatario: Comitato Zonale Specialisti

- PEC: protocollo.aulss2@pecveneto.it

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI E DI ATTO NOTORIO

(artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.)

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.

Il/la sottoscritto/a _____

DICHIARA

- essere nato/a a _____ (prov. _____) il _____
- possedere il seguente Codice Fiscale _____ ☐ M ☐ F
- essere residente a _____ (prov. _____)
indirizzo _____ n. _____ CAP _____
- essere domiciliato a _____ (prov. _____)
indirizzo _____ n. _____ CAP _____
- possedere il seguente recapito telefonico _____ cellulare _____
- possedere il seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata – PEC
_____ @ _____
- possedere il seguente indirizzo di posta elettronica (email)
_____ @ _____

Essere consapevole che ogni comunicazione verrà indirizzata esclusivamente agli indirizzi di posta elettronica sopra indicati, si impegna a comunicare tempestivamente l'eventuale variazione dei dati comunicati.

comunica la propria disponibilità di acquisizione dell'incarico sotto riportato

(indicare 1 solo turno per ciascun modulo)

Pubblicazione incarichi del _____ trimestre (indicare l'anno) _____

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

Particolari capacità professionali richieste (in breve) _____

da svolgersi presso Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana – Sede _____

a tal fine DICHIARA DI
(barrare la voce che interessa)

- ☐ essere cittadino italiano;
- ☐ essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE;
- ☐ essere cittadino di altro Paese in possesso delle equiparazioni previste dalle leggi vigenti;
- ☐ possedere il diploma di laurea in _____
con voto _____ /110 ☐ 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 e degli odontoiatri presso l'Ordine provinciale di _____ dal _____
- ☐ essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:

conseguita il ____/____/____ presso l'Università di _____
con voto _____ /110 ☐ senza lode ☐ con lode

conseguita il ____/____/____ presso l'Università di _____
con voto _____ /110 ☐ senza lode ☐ con lode

conseguita il ____/____/____ presso l'Università di _____
con voto _____ /110 ☐ senza lode ☐ con lode
- ☐ fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15/10/1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- ☐ fruire di trattamento di quiescenza;
- ☐ beneficiare delle quote A e B del fondo di previdenza generale dell'EMPAM e degli altri enti previdenziali, o che fruiscano dell'anticipo della prestazione previdenziale (APP) di cui all'art. 54.

(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 violazione contestata, se il procedimento si è concluso, e con quale esito _____;
- **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) _____.

DICHIARA ALTRESÌ DI

1) essere professionista specialista ambulatoriale interno titolare di incarico a tempo indeterminato, ai sensi dell'A.C.N. del 04/04/2024:

di n. ore sett.li ____ branca di _____ dal ____/____/____ presso _____
 di n. ore sett.li ____ branca di _____ dal ____/____/____ presso _____
 di n. ore sett.li ____ branca di _____ dal ____/____/____ presso _____

se soggetto a riduzione oraria ai sensi **dell'art. 31 co. 5** negli ultimi 12 mesi riportare la data di decorrenza della riduzione stessa: _____;

Aver maturato un'anzianità di almeno 18 mesi nell'incarico in atto come specialista ambulatoriale interno, nel caso in cui sia necessario un trasferimento di ore (previa rinuncia) per il rispetto del massimale orario di 38 ore settimanali.

☐ SI ☐ NO

L'anzianità di cui sopra deve essere maturata alla scadenza del termine stabilito per la presentazione della dichiarazione di disponibilità.

2) Essere professionista biologo / psicologo / chimico ambulatoriale titolare di incarico a tempo indeterminato che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dal presente Accordo e chiede il passaggio in altra branca della quale è in possesso del titolo di specializzazione.

☐ SI ☐ NO

3) Essere titolare di incarico a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale che svolga altra attività compatibile e nel rispetto del massimale orario di 38 ore settimanali. ☐ SI ☐ NO

4) essere titolare del seguente incarico:

a) dipendente del Ministero della Difesa a tempo indeterminato

dal _____ presso _____

b) medico di medicina generale

dal _____ presso _____

c) medico specialista pediatra di libera scelta

dal _____ presso _____

d) dipendente del Servizio Sanitario Nazionale a tempo indeterminato

dal _____ presso _____

e di essere disponibile a convertirlo completamente in un incarico quale specialista ambulatoriale interno;

Consapevole che per poter acquisire l'incarico di professionista ambulatoriale (biologo/psicologo/chimico) a tempo indeterminato (titolare), il rapporto di lavoro di cui sopra non potrà cessare fino all'acquisizione dell'incarico di professionista biologo / psicologo / chimico ambulatoriale.

5) essere:

☐ **inserito nella graduatoria provinciale di Treviso anno** _____

☐ **non inserito** nella graduatoria provinciale di Treviso **anno** _____, in possesso del titolo di specializzazione in _____

6) ☐ **essere in possesso dei requisiti per l'iscrizione in graduatoria ai sensi dell'art.**

19. (Barrare solo nel caso in cui ai punti precedenti si è riposto negativamente)

7) essere **specialista ambulatoriale interno titolare di incarico a tempo determinato**, ai sensi **dell'art. 22** dell'A.C.N. del 04/04/2024:

di n. ore sett.li ____ branca di _____ dal ____/____/____ presso _____

di n. ore sett.li ____ branca di _____ dal ____/____/____ presso _____

8) essere **specialista ambulatoriale interno titolare di incarico provvisorio/di sostituzione**, ai sensi rispettivamente **degli artt. 23 o 36** dell'A.C.N. del 04/04/2024:

di n. ore sett.li ____ branca di _____ dal ____/____/____ presso _____

di n. ore sett.li ____ branca di _____ dal ____/____/____ presso _____

**DA COMPILARE SOLO PER LA DISPONIBILITÀ ALL'ACQUISIZIONE DI INCARICHI
 CON RICHIESTA DI POSSESSO DI SPECIFICHE COMPETENZE 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 specifiche competenze 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 le seguenti attività: _____



- Ente datore di lavoro _____ sede _____
tipo di rapporto di lavoro _____
dal _____ al _____ nella specialità di _____
svolgendo le seguenti attività: _____

- Ente datore di lavoro _____ sede _____
tipo di rapporto di lavoro _____
dal _____ al _____ nella specialità di _____
svolgendo le seguenti attività: _____

- Ente datore di lavoro _____ sede _____
tipo di rapporto di lavoro _____
dal _____ al _____ nella specialità di _____
svolgendo le seguenti attività: _____

- Ente datore di lavoro _____ sede _____
tipo di rapporto di lavoro _____
dal _____ al _____ nella specialità di _____
svolgendo le seguenti attività: _____

- Ente datore di lavoro _____ sede _____
tipo di rapporto di lavoro _____
dal _____ al _____ nella specialità di _____
svolgendo le seguenti attività: _____



- Ente datore di lavoro _____ sede _____
 tipo di rapporto di lavoro _____
 dal _____ al _____ nella specialità di _____
 svolgendo le seguenti attività: _____

- Ente datore di lavoro _____ sede _____
 tipo di rapporto di lavoro _____
 dal _____ al _____ nella specialità di _____
 svolgendo le seguenti attività: _____

NB: relativamente alle specifiche competenze 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):

Il sottoscritto è a conoscenza che l'eventuale acquisizione dell'incarico avverrà nel rispetto delle DGRV di settore.

Si comunica che l'ordine di individuazione dei professionisti ambulatoriali, ai sensi degli artt. 21 e 22 dell'A.C.N. del 04/04/2024 che hanno dato disponibilità ad acquisire gli incarichi verrà reso noto con Deliberazione del Direttore Generale pubblicata sull'Albo online dell'Azienda ULSS 2 Marca trevigiana.

Il sottoscritto si impegna a comunicare all'Azienda sede del Comitato Zonale di Treviso, 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.

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.

Il modulo deve essere completo delle due firme, pena l'esclusione.

Luogo, data _____

Firma

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.

Luogo, data _____

Firma

N.B.: Si allega copia di un documento di identità