

**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA Anno 2026**

**Specialisti Ambulatoriali Interni e Veterinari**

Art. 19 dell'Accordo Collettivo Nazionale 04 aprile 2024

Per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni ed i veterinari

**Primo inserimento**

**Aggiornamento**

**Marca da bollo**

**All'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento  
Comitato Zonale Specialistica Ambulatoriale  
Viale della Vittoria, 321  
92100 Agrigento  
protocollo@pec.aspag.it**

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

Comune di residenza \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

Indirizzo Via/Piazza/CORSO \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

PEC. \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE DI ESSERE INCLUSO/A NELLA GRADUATORIA DEI:**

**MEDICI SPECIALISTI E ODONTOIATRI: BRANCA DI \_\_\_\_\_**

**MEDICI VETERINARI:**

**BRANCA Sanità Animale (AREA A)**

**BRANCA Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (AREA B)**

**BRANCA Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (AREA C)**

a valere per l'anno **2026** relativamente alla provincia di Agrigento, nel cui ambito territoriale intende ottenere l'incarico.

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

Chiede che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:

---

Data \_\_\_\_\_

Firma per esteso \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO**  
ai sensi ed agli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ (prov \_\_\_\_\_) il.....  
M\_F\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Comune di residenza \_\_\_\_\_ (prov \_\_\_\_\_.) Cap \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_  
PEC. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritieri, 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/a italiano/a;

di essere cittadino/a di altro Paese appartenente alla UE (specificare)

di possedere il diploma di laurea (DL) in \_\_\_\_\_  
(Medicina e Chirurgia-Odontoiatria e Protesi Dentaria- Medicina Veterinaria):

diploma di laurea con voto \_\_\_\_\_/110  senza lode  con lode, conseguito presso  
l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_;

di essere abilitato/a all'esercizio della professione di. \_\_\_\_\_  
(medico chirurgo-odontoiatra-medico veterinario)

nella sessione \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_

di essere iscritto/a all'Albo professionale dei /degli \_\_\_\_\_  
(Medici Chirurghi- Odontoiatri- Veterinari)

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

di essere  di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale nella branca specialistica di cui alla presente istanza ( art. 19 comma 6 del vigente A.C.N.)

di avere svolto la seguente attività professionale nella branca specialistica per la quale chiede l'inclusione nella relativa graduatoria, come sostituto, incaricato provvisorio o incaricato a tempo determinato ai sensi dell'ACN che disciplina i rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni **(indicare solo il servizio svolto dal 02/10/2000 al 31 dicembre 2022– non è oggetto di valutazione il servizio svolto a tempo indeterminato che, pertanto, non deve essere inserito):**

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**

### **INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi dell'art. 13 e dell'art. 14 del Reg. UE 2016/679 e del d.lgs 101/18:

“Dichiara di essere informato/a che i suoi dati personali saranno trattati in conformità al Reg. UE 2016/679 e al D.lgs 101/18 dall'ASP di Agrigento, esclusivamente ai fini del presente procedimento. I dati personali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati. Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'ASP di Agrigento, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento ( artt. 15 e ss. del Regolamento) L'apposita istanza all'ASP di Agrigento va presentata contattando il DPO ASP Agrigento ai seguenti indirizzi di posta elettronica: [dpo@pec.aspag.it](mailto:dpo@pec.aspag.it) [dpo@aspag.it](mailto:dpo@aspag.it)

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art.77 del Regolamento stesso o di adire le opportune sedi giudiziarie ( Art. 79 del Regolamento).

## **INFORMAZIONI**

- La domanda, previo assolvimento, degli obblighi di pagamento del bollo, dovrà essere inviata, tassativamente, pena l'esclusione, dal **01 gennaio 2025 al 31 gennaio 2025**, esclusivamente con modalità tematica, al competente ufficio dell'Azienda, sede del Comitato Zonale, al seguente indirizzo di Posta Elettronica Certificata: [protocollo@pec.aspag.it](mailto:protocollo@pec.aspag.it)
- La domanda deve essere completata con una dichiarazione sostitutiva di atto notorio, con la quale, ai sensi dell'art. 47 DPR n. 445 del 28/12/00 e s.m.i., viene resa a seguente dichiarazione:  
"La marca da bollo di € 16,00, recante il numero identificativo \_\_\_\_\_, apposta sulla istanza trasmessa per l'inclusione nella graduatoria per la branca di \_\_\_\_\_ da valere per l'anno 2025, è stata opportunamente annullata sovrascrivendo sulla stessa la data dell'istanza in modo da non poter essere utilizzata per nessun altro e successivo diverso impiego".
- L'omissione o l'incompletezza dei dati comporteranno 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. L'unico servizio valutabile è quello prestato, ai sensi dell'ACN dell'Area della specialistica ambulatoriale interna, in qualità di sostituto o incaricato a tempo determinato. Il servizio prestato quale specialista ambulatoriale interno, a tempo indeterminato, non può essere valutato e, pertanto, non deve essere indicato nella domanda.
- Non verrà presa in considerazione la domanda con la quale viene chiesta, contemporaneamente, l'inclusione nelle graduatorie per due o più branche specialistiche.
- Ai fini della formulazione delle graduatorie di cui all'art. 19 dell'ACN del 04/04/2024, i criteri di valutazione sono esclusivamente quelli specificati nell'allegato 1 del medesimo ACN. In particolare, tra i titoli accademici verranno valutati, con l'attribuzione dei punteggi previsti: il voto di laurea, le specializzazioni, il voto di specializzazione (una sola volta); tra i titoli professionali verranno valutati, con l'attribuzione del punteggio previsto: le sostituzioni, gli incarichi provvisori e a tempo determinato effettuati, presso le Aziende Sanitarie e le altre Istituzioni pubbliche che applicano le norme dell'ACN della specialistica (INPS, INAIL, Ministero della Difesa, SASN), nel periodo dal 02/10/2000 al 31 dicembre 2024 e nella branca specialistica per la quale si chiede l'inclusione nella relativa graduatoria. Non sono valutabili curricula, corsi di formazione, master, dottorati .....
- L'autocertificazione informativa (Allegato B dell'ACN) per l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità dovrà essere presentata unitamente alla comunicazione di disponibilità all'accettazione dell'incarico.