

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 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/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):**

Branca specialistica	Azienda	Distretto	nr. ore complessive	dal	al
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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 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
- 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.