

**Bollo (€ 16)**



**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA AZIENDALE 2023**

**Branca di Odontoiatria**

art. 19 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali, i Veterinari e le altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi) del 31.03.2020, e Norma finale n. 7 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali, i Veterinari e le altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi) del 20.05.2021

AL COMITATO CONSULTIVO ZONALE DI GENOVA

PEC:protocollo@pec.asl3.liguria.it

Tel. 010/8496648

**LA PRESENTE DOMANDA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE**

Il sottoscritto Dott. ....  
nato a.....(prov.....) il..... M\_\_ F\_\_  
Codice Fiscale.....  
Comune di residenza.....(prov.....)  
Indirizzo Via .....n.....CAP..... telefono.....  
Recapito professionale nel Comune di.....(prov.....)  
Via..... n. ....CAP.....telefono.....

Chiede di essere incluso nella graduatoria aziendale – branca di **ODONTOIATRIA 2023**

- secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali, i Veterinari e le altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi) del 31.03.2020, e la Norma finale n. 7 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali, i Veterinari e le altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi) del 20.05.2021

relativa alla Provincia di **Genova**,  
nel cui ambito territoriale intende ottenere incarico.

A tale fine acclude alla presente la seguente documentazione:

- autocertificazione informativa.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

-la propria residenza

-il domicilio sottoindicato:

c/o.....Comune.....Provincia.....

INDIRIZZO .....N. ....CAP.....

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

**Avvertenze importanti**

-Si raccomanda di scrivere **in modo leggibile e possibilmente in stampatello**.

- La domanda deve essere in regola con le vigenti norme in materia di imposta di bollo (**vale a dire allegare alla domanda marche da bollo per complessivi 16,00 €**), pena l'esclusione dalla graduatoria.

- E' sufficiente autocertificare quanto richiesto nel presente modello di domanda di inclusione in graduatoria e nell'Autocertificazione Informativa, **senza necessità di allegare alcun ulteriore documento**.

**La domanda deve essere sempre accompagnata dalla fotocopia non autenticata di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.**

Relativamente alla provincia di Genova, la domanda, redatta sul presente modello, dovrà essere inviata – **entro e non oltre il 31 gennaio 2023** - mediante PEC all'indirizzo: **protocollo@pec.asl3.liguria.it**.

## AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott.....  
nato a.....(prov.....) il.....  
M\_\_ F\_\_ Codice Fiscale.....  
Comune di residenza.....(prov.....)  
Indirizzo Via .....n.....CAP..... telefono.....  
Recapito professionale nel Comune di.....(prov.....)  
Via.....n.....CAP.....telefono.....  
e-mail: .....PEC .....

Dichiara, ai sensi e agli effetti dell' art. 47 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445

1. di possedere il diploma di laurea (DL) ovvero la laurea specialistica (LS) della classe corrispondente in ..... (medicina e chirurgia o odontoiatria e protesi dentaria) con voto...../110 (DL) ..... /100 (LS) conseguito/a presso l'Università di.....in data .....

2. di essere abilitato all'esercizio della professione di.....  
(medico chirurgo o odontoiatra) nella sessione..... presso l'Università di.....

3. di essere iscritto all'Albo professionale..... (dei medici chirurghi o degli odontoiatri) presso l'Ordine provinciale/regionale di..... dal.....

4. di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:  
in..... conseguita il..... presso l'Università di..... con voto.....  
in..... conseguita il..... presso l'Università di..... con voto.....  
in..... conseguita il..... presso l'Università di..... con voto.....

5. di avere / non avere (1) subito provvedimenti disciplinari da parte delle competenti Commissioni di Disciplina previste dall'attuale o dai precedenti Accordi.

Di essere / non essere (1) soggetto ad alcun provvedimento restrittivo di natura disciplinare comminato dall'Ordine.....

In caso affermativo, specificare il provvedimento disciplinare:

.....

6. di essere nella seguente posizione:

a) avere / non avere (1) un rapporto di lavoro subordinato presso qualsiasi ente pubblico o privato con divieto di libero esercizio professionale

b) svolgere / non svolgere (1) attività di medico di medicina generale convenzionato

c) essere / non essere (1) iscritto negli elenchi dei medici pediatri di libera scelta

d) esercitare / non esercitare (1) la professione medica con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfetariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole normative ed economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale

e) operare / non operare (1) a qualsiasi titolo in case di cura convenzionate o accreditate con il S.S.N. (in caso affermativo, indicare l'Azienda.....)

f) svolgere / non svolgere (1) attività fiscali per conto di Aziende (in caso affermativo indicare l'Azienda.....)

g) 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.Lvo n.502/92 e successive modificazioni e integrazioni

h) 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.Lvo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni

i) operare / non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti o istituzioni private convenzionate o accreditate con le aziende per l'esecuzione di prestazioni specialistiche effettuate in regime di autorizzazione sanitaria ai sensi dell'art. 43 della legge n.833/78 e dell'art. 8-ter del D.L.vo n. 229/99;

l) essere / non essere (1) titolare di incarico nei servizi di guardia medica ai sensi del D.P.R. n. 292/87 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni

m) percepire / non percepire (1) indennità di rischio in base ad altro rapporto lavorativo (in caso di risposta affermativa indicare il tipo di attività svolta.....e la misura dell'indennità percepita.....)

n) (in ossequio al D.L. n. 90 del 24/06/2014, convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1 comma 1 della Legge n. 114 dell'11/08/2014) **essere / non essere stato un lavoratore, pubblico o privato, collocato in quiescenza** (in caso affermativo, indicare l'Ente previdenziale e la decorrenza della quiescenza):

**Ente Previdenziale .....**; **in quiescenza (pensione) a far data dal .....**

7. di avere svolto la seguente attività professionale nella branca o area professionale, come sostituto, incarico provvisorio e a tempo determinato:

| Branca o area professionale | presso (2) | ore   | sett. | dal   | al    |
|-----------------------------|------------|-------|-------|-------|-------|
| .....                       | .....      | ..... | ..... | ..... | ..... |
| .....                       | .....      | ..... | ..... | ..... | ..... |
| .....                       | .....      | ..... | ..... | ..... | ..... |
| .....                       | .....      | ..... | ..... | ..... | ..... |
| .....                       | .....      | ..... | ..... | ..... | ..... |
| .....                       | .....      | ..... | ..... | ..... | ..... |

NOTE (3)

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

-Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, afferma che quanto sopra corrisponde al vero.

-Il sottoscritto dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del Regolamento Europeo (General Data Protection Regulation n. 2016/679) e del D. Lgs. 30/06/2003 n.196 così come modificato dal D.Lgs. 101/2018, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data----- Firma per esteso -----

- (1) cancellare la parte che non interessa
- (2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme del presente accordo
- (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. 24, relative alle modificazioni nel proprio stato di servizio.**