

## Comitato Zonale Provincia di **CUNEO**

ex art. 18 A.C.N. 04/04/2024

c/o ASL CN1 – Via Carlo Boggio n. 12 – 12100 CUNEO

### DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA

**ANNO 2027**

ai sensi dell'art. 19 dell'Accordo Collettivo Nazionale del 04/04/2024 per la disciplina dei rapporti con i medici Specialisti ambulatoriali interni, medici Veterinari ed altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi)



**MEDICINA SPECIALISTICA BRANCA** \_\_\_\_\_

**MEDICINA VETERINARIA**  **AREA A**  **AREA B**  **AREA C**  
(Presentare una domanda per ogni singola area)

Primo inserimento

Aggiornamento

La/Il sottoscritta/o Dott.ssa/Dott. \_\_\_\_\_,

nata/o il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_) M  F

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

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

Via/Piazza/Corso \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Comune di domicilio (da compilare se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_ ) Cap \_\_\_\_\_

Via/Piazza/Corso \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Telefono/Cellulare \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

## **CHIEDE DI ESSERE INCLUSA/O NELLA GRADUATORIA**

secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale del 04/04/2024 per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali, medici veterinari ed altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi), ex art. 8 del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni.

A tale fine acclude alla presente la seguente documentazione:

- a) dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio;**
- b) consenso al trattamento dei dati personali;**
- c) dichiarazione di assolvimento marca da bollo.**

Chiede, inoltre, che ogni comunicazione venga inviata presso gli indirizzi di Posta Elettronica indicati nella pagina precedente.

Data \_\_\_\_\_

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



## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO

ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

La/Il sottoscritta/o Dott.ssa/Dott. \_\_\_\_\_,

nata/o il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_ ) M  F

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

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 e agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.

1.  di essere cittadino italiano  
 di essere cittadino di altro Paese appartenente all'U.E., incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti;
2. di possedere  il diploma di laurea (DL) ovvero  la laurea specialistica (LS) della classe corrispondente in:  
 medicina e chirurgia       odontoiatria e protesi dentaria       medicina veterinaria  
con voto \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ - con lode  SI  NO - conseguito/a presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_
3. di essere abilitata/o all'esercizio della professione di:  
 medico chirurgo       odontoiatra       medico veterinario  
nella sessione \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_
4. di essere iscritta/o all'Albo professionale dei  
 medici chirurghi presso l'Ordine provinciale di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_  
 degli odontoiatri presso l'Ordine provinciale di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_  
 dei medici veterinari presso l'Ordine provinciale di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
5. di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:
  - in \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_  
presso l'Università di \_\_\_\_\_ voto \_\_\_\_\_ lode  SI  NO
  - in \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_  
presso l'Università di \_\_\_\_\_ voto \_\_\_\_\_ lode  SI  NO
6. 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;

7. di non fruire di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente;
8. di **non essere titolare di incarico a tempo indeterminato** di specialista ambulatoriale o veterinario nella branca per cui si presenta la domanda;
9. di avere svolto attività professionale nella branca o area professionale, come sostituto, incarico provvisorio e/o a tempo determinato nell'ambito della convenzione: SI  NO

*(Se sì compilare la dichiarazione sostitutiva atto di notorietà - allegato n° 1)*

*(indicare il servizio svolto fino al 31 dicembre dell'anno precedente)*

10. di aver cessato l'incarico a tempo indeterminato come specialista ambulatoriale o veterinario convenzionato interno successivamente al 02/10/2000 e intende iscrivermi nuovamente nella graduatoria SI  NO

In caso affermativo indicare

ATTIVITÀ PROFESSIONALE PERTINENTE ALL'AREA SUINDICATA					
ANNO	A.S.L / ENTI	ORE SETTIMANALI	DAL	AL	Totale ore lavorate
<b>Totale ore lavorate</b>					

11. di essere disponibile ad essere inserito nella graduatoria di cui al c. 12 dell'art. 19 vigente A.C.N. (graduatorie di specialisti disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione) SI  NO

Dichiara, altresì, di essere informato, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., nonché del Regolamento UE 2016/679, che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale viene resa la presente dichiarazione.

Data \_\_\_\_\_

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



Inoltre, sempre ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., nonché del Regolamento UE 2016/679, autorizza la trattazione e la divulgazione dei propri dati personali, con particolare riferimento alla segnalazione dei propri dati anagrafici, indirizzo e recapito telefonico agli Enti interessati, al fine di consentire agli stessi le procedure di assegnazione diretta di eventuali incarichi.

Data \_\_\_\_\_

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



## ALLEGATO N. 1

**Punto 9. Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000 - Attività professionale nella branca, come sostituzioni, incarico provvisorio e a tempo determinato. Non è valutabile il servizio effettuato precedentemente al 02/10/2000**

**NON devono essere indicati gli incarichi di dipendenza o le sostituzioni di dipendenza, né le borse di studio, né le consulenze, ma SOLO gli incarichi ai sensi dell'A.C.N. 04/04/2024**

Per coloro che hanno già presentato domande negli anni precedenti si segnala che si terrà conto di quanto già dichiarato con l'ultima domanda presentata; pertanto non deve essere dichiarata nuovamente l'attività pregressa, fatto salvo i casi in cui si intenda aggiungere attività non dichiarate nelle domande precedenti o periodi di assenza che in precedenza non venivano richiesti.

La/Il sottoscritta/o Dott.ssa /Dott. \_\_\_\_\_,

### **DICHIARA DI AVERE SVOLTO**

- nell'area **medica** nella branca di: \_\_\_\_\_
- nell'area di **medicina veterinaria**:  **AREA A**  **AREA B**  **AREA C**

la seguente attività professionale, nell'ambito della convenzione, a favore di Aziende Sanitarie e altre Istituzioni pubbliche che applicano le norme dell' ACN del 04/04/2024

- incarico annuale a tempo determinato**  
 **incarico provvisorio in attesa di pubblicazione**  
 **incarico di sostituzione per assenza del titolare**

(inserire unicamente l'attività relativa all'area o branca per la quale si presenta la domanda)

<b>ATTIVITÀ PROFESSIONALE PERTINENTE ALL'AREA SUINDICATA</b>					
<b>ANNO</b>	<b>A.S.L / ENTI</b>	<b>ORE SETTIMANALI</b>	<b>DAL</b>	<b>AL</b>	<b>Totale ore lavorate</b>
<b>Totale ore lavorate</b>					

L'omissione o l'incompletezza dei dati comporteranno la non attribuzione dei relativi punteggi. L'autocertificazione dovrà, pertanto, indicare esattamente tutte le informazioni richieste relative agli incarichi svolti.

La/Il sottoscritta/o, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritieri, di formazione o uso di atti falsi, afferma che quanto sopra corrisponde al vero.



Data \_\_\_\_\_

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

**MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI  
PER L'INSERIMENTO NELLE GRADUATORIE AREA MEDICI SPECIALISTI / VETERINARI  
EX ART. 19 DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE DEL 04/04/2024**

Egregia/o Dottoressa/Dottore,

Ai sensi del D.Lgs. n. 196/03, nonché del Regolamento UE 2016/679, in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo di quanto segue:

1. Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento da parte di questo Comitato zonale della formazione della graduatoria valida per l'anno 2027, ex art. 19 A.C.N.04/04/2024;
2. Il trattamento viene effettuato avvalendosi anche di strumenti informatici;
3. Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, in caso di rifiuto la S.V. non potrà essere inserita in detta graduatoria;
4. Nell'ambito del procedimento di cui sopra, dati anagrafici, punteggio e posizione nella graduatoria saranno pubblicati sul sito istituzionale dell'ASL CN1, nonché sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte;
5. I citati Decreto e Regolamento conferiscono alla S.V. l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento;
6. Titolare del trattamento dei dati è l'ASL CN1;
7. Il Data Protection Officer (DPO) Responsabile della protezione dei dati (RPD) individuato dall'Azienda Sanitaria CN1 (Titolare del trattamento) è la dott.ssa Pinuccia CARENA contattabile via mail al seguente indirizzo: dpo@aslcn1.it.

La/Il sottoscritta/o Dott.ssa /Dott. \_\_\_\_\_,



**AUTORIZZA**



**NON AUTORIZZA**

la trattazione e la divulgazione dei propri dati personali, con particolare riferimento alla segnalazione del proprio nominativo, indirizzo e recapiti telefonici, alle AA.SS.LL. ed agli Enti firmatari, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data \_\_\_\_\_

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



# ASSOLVIMENTO IMPOSTA DI BOLLO

ai sensi dell'art. 15 D.P.R. 642/1972

## DICHIARAZIONE

ex artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 e D.M. 10/11/2011

La/Il sottoscritta/o Dott.ssa/Dott. \_\_\_\_\_,

nata/o il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_) M  F

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

con riferimento alla domanda di inclusione nella Graduatoria anno 2027, ai sensi dell'art. 19 dell'Accordo Collettivo Nazionale del 04/04/2024 per la disciplina dei rapporti con i medici Specialisti ambulatoriali interni, medici Veterinari ed altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi),

avvalendosi della facoltà prevista dall'art. 3 del D.M. 10 novembre 2011 e 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

che l'imposta di bollo è stata assolta secondo la seguente modalità:

*imposta di bollo assolta in modo virtuale, tramite apposizione e annullamento della marca da bollo sul cartaceo della domanda, trattenuto presso il mittente a disposizione degli organi di controllo; a tal proposito dichiara inoltre che la marca da bollo di € 16 applicata ha*

**IDENTIFICATIVO**                 **emessa il** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### DICHIARA, INFINE,

- che la marca da bollo sopra indicata sarà utilizzata esclusivamente per la presentazione della domanda in argomento (domanda di inclusione nella Graduatoria anno 2027)
- di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

Data \_\_\_\_\_

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



# INFORMATIVA

- La presentazione della domanda dovrà avvenire, a pena di esclusione, con modalità telematica, al competente ufficio dell'Azienda sede del Comitato Zonale, dal 1° Gennaio ed entro e non oltre il 31 Gennaio 2026, esclusivamente a mezzo PEC al seguente indirizzo: [protocollo@aslcn1.legalmailPA.it](mailto:protocollo@aslcn1.legalmailPA.it)

Per eventuali chiarimenti e/o delucidazioni:

Tel. 0171/450293; e-mail: comitato.zonale@aslcn1.it

- Per l'accoglimento della domanda farà fede la data di trasmissione. La ricevuta di avvenuta consegna sarà l'unico documento valido da produrre in caso di smarrimento della domanda;
- La domanda è valida per l'inclusione in una sola branca. Nel caso l'interessato sia in possesso di due o più titoli di specializzazione che consentano l'inclusione in più graduatorie, occorre presentare domande separate;
- Alla domanda va apposta ed annullata una marca da bollo da € 16,00 ed allegare il modulo **“assolvimento imposta di bollo”**;
- La domanda, datata e sottoscritta, ai sensi del DPR 445/2000, compilata secondo lo schema allegato, deve essere firmata in calce in originale dall'interessato, pena l'esclusione, ed accompagnata da fotocopia di un documento di identità (fronte e retro) in corso di validità;
- Alla domanda occorre inoltre allegare:
  - a) dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio;
  - b) consenso al trattamento dei dati personali;
  - c) dichiarazione di assolvimento marca da bollo.
- Gli specialisti ambulatoriali e veterinari, già titolari di incarico a tempo indeterminato, non possono presentare domanda di inserimento nelle graduatorie per la medesima branca specialistica in cui già operano;
- La domanda deve contenere tutte le dichiarazioni necessarie alla determinazione del punteggio e della conseguente posizione in graduatoria.  
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 (e non solo l'orario settimanale), il periodo di svolgimento e l'Azienda/Ente presso la quale è stata svolta l'attività;
- **Costituiscono motivi di esclusione:**
  - la mancanza dei requisiti generali e specifici richiesti dall'ACN del 04/04/2024 per l'inserimento nelle singole graduatorie;
  - la mancata firma nella domanda;
  - la mancata acclusione alla domanda di un documento di riconoscimento (identità) in corso di validità trattandosi di un elemento costitutivo dell'autocertificazione;
  - la mancata apposizione della marca da bollo;
  - la presentazione della domanda con modalità diverse da quelle previste dal presente documento;
  - la trasmissione della domanda oltre il termine perentorio del 31 gennaio 2026;

= = =

Il modello di domanda di inclusione nella graduatoria prevede che l'interessato esprima la propria disponibilità ad essere inserito nelle graduatorie di cui al comma 12 dell'art. 19 del vigente A.C.N. di seguito testualmente riportato:

*“L’Azienda sede del Comitato zonale di riferimento pubblica sul proprio sito istituzionale un avviso per la predisposizione di graduatorie di specialisti, disponibili all’eventuale conferimento di incarico provvisorio, a tempo determinato o all’affidamento di sostituzione, secondo il seguente ordine di priorità:*

- a) iscritti nelle graduatorie di cui al comma 10 secondo l’ordine di punteggio;*
- b) specialisti in possesso dei requisiti di cui al comma 4, graduati nell’ordine della minore età anagrafica, dell’anzianità di specializzazione e dell’anzianità di laurea.”*

= = =

Si segnala che l’Azienda è tenuta ad effettuare, ai sensi dell’art. 71 del D.P.R. 445/2000 e dell’art. 15 della Legge n. 183 del 12/11/2011, idonei controlli, anche a campione, e in tutti i casi in cui sorgano fondati dubbi sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di cui agli artt. 46 e 47 ed a trasmettere le risultanze all’Autorità competente, in base a quanto previsto dalla normativa in materia.

Fermo quanto previsto dall’art. 76 del citato D.P.R. 445/2000 circa le sanzioni penali previste per le dichiarazioni false, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.