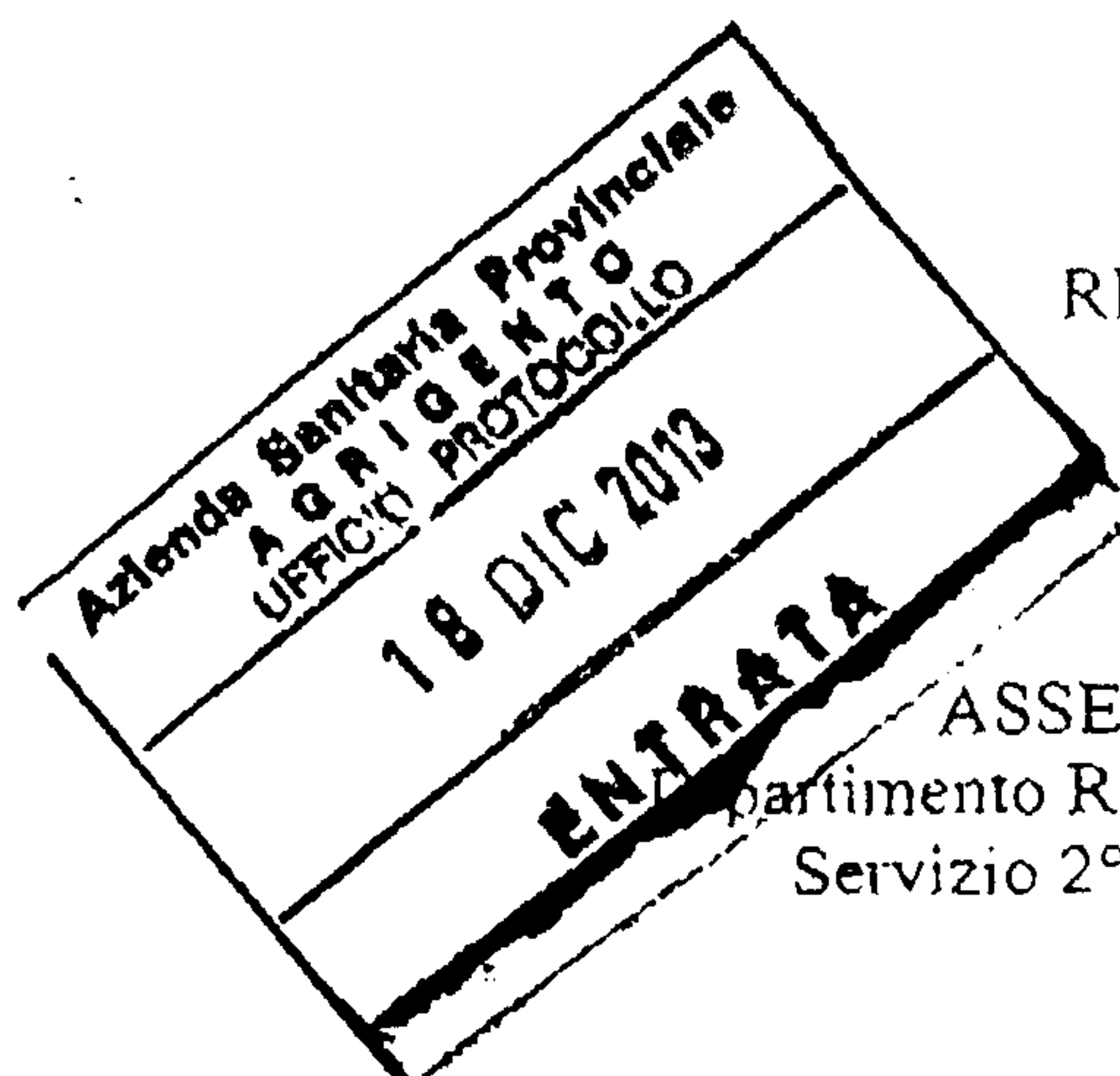




REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE
Partimento Regionale per la Pianificazione Strategica
Servizio 2° "Personale Convenzionato S.S.R."



Prot./ Servizio 2/ n. 92507

Palermo, 09.12.2013

OGGETTO: modello di domanda per l'inclusione nelle graduatorie regionali valide per l'anno 2015 dei Biologi, dei Chimici e degli Psicologi ambulatoriali di cui all'A.C.N. 29.07.2009 e s.m.i..

St. Me Riggio
23-12-13
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dott. SALVATORE MESSINA

Ai Commissari Straordinari delle
Aziende Sanitarie Provinciali
Loro Sedi

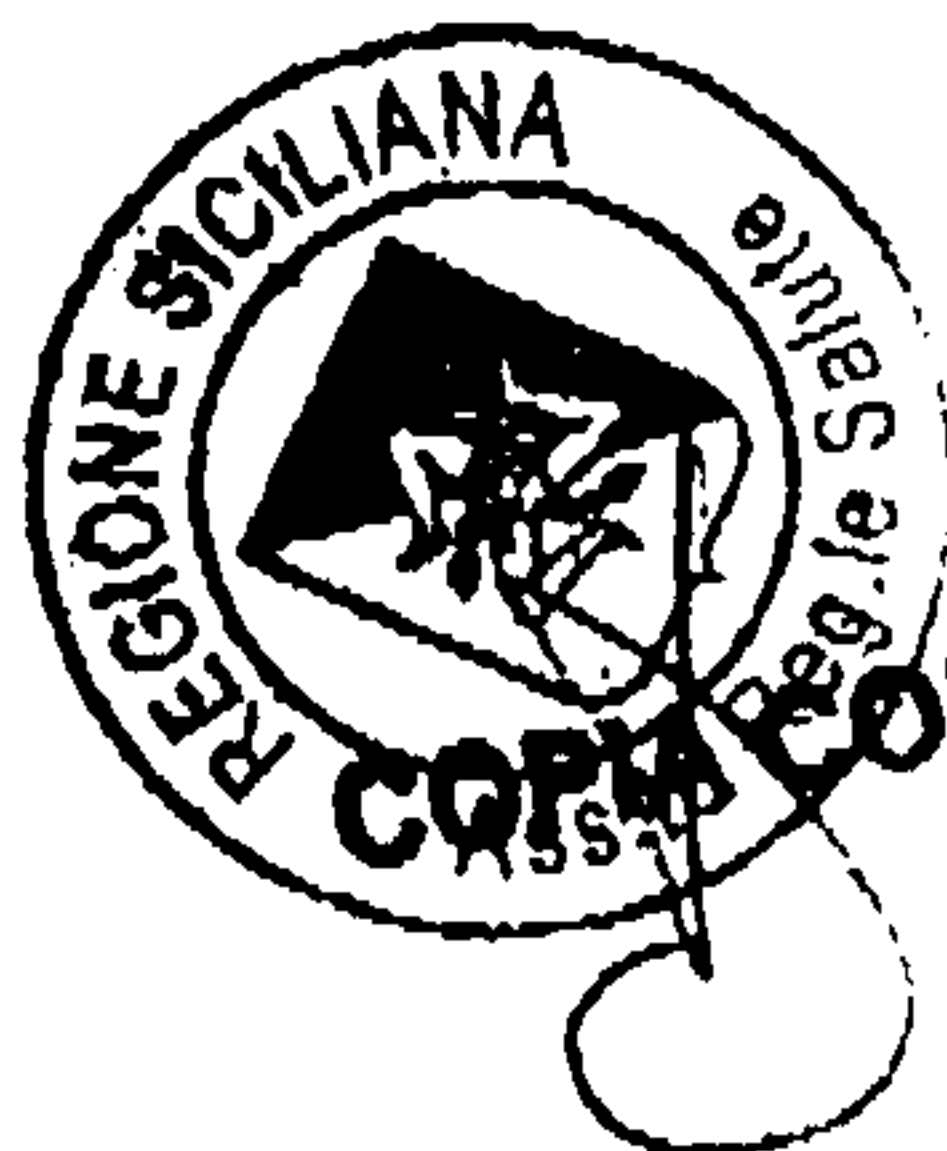
Ai Presidenti dei Comitati Consultivi Zonali
Aziende Sanitarie Provinciali
Loro Sedi

Alle OO.SS.:
S.U.M.A.I.
C.I.S.L. Medici
Federazione Medici - U.I.L. F.P.L.
Loro Sedi

All'Ordine Interprovinciale
dei Chimici della Sicilia
Via Pasquale Calvi, 2/C
Palermo

All'Ordine Nazionale dei Biologi
Delegazione Regionale
Via M. D'Azeglio, 8
Palermo

All'Ordine degli Psicologi
della Regione Siciliana
Via Salvatore Marchesi 5
Palermo



Servizio 2 - Personale convenzionato con il S.S.R.
Piazza Ottavio Ziino, 24 - 90145 Palermo Tel. 091/7075579 - Fax 091/7075680

Si comunica che sul sito della Regione Siciliana www.regione.sicilia.it, seguendo il percorso : La Regione- Strutture Regionali- Assessorato Regionale Salute- Dipartimento Pianificazione Strategica – Attività delle Aree e dei Servizi News - Servizio 2 “ Personale convenzionato con il S.S.R.”, è disponibile il modello di domanda per l'inclusione nelle graduatorie regionali valide per l'anno 2015 dei Biologi, dei Chimici e degli Psicologi ambulatoriali di cui all'A.C.N. 29.07.2009 e s.m.i..

Si raccomanda alle SS.LL., per quanto di rispettiva competenza, di rendere facilmente disponibile, presso le rispettive sedi, il predetto modello di domanda, che gli interessati potranno ritirare anche presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico di questo Assessorato.

Si invitano infine le Aziende a voler provvedere all'inoltro, allo scrivente Servizio, delle eventuali domande trasmesse erroneamente ai Comitati Zonali.

Il Funzionario Direttivo
(Massimo Cassone)



Il Funzionario delegato del Servizio
(Antonella Di Stefano)



BOLLO

**ALLEGATO B
Regione Siciliana**

PARTE PRIMA

**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLE GRADUATORIE DEI BIOLOGI, DEI CHIMICI E
DEGLI PSICOLOGI AMBULATORIALI**

(art. 21 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali, i Medici veterinari e le altre professionalità ambulatoriali, reso esecutivo in data 29.07.2009 e s.m.i. ai sensi dell'A.C.N. 08.07.2010 – biennio economico 2008/2009)

**ALL'ASSESSORATO DELLA SALUTE DELLA REGIONE SICILIANA
DIPARTIMENTO PIANIFICAZIONE STRATEGICA
SERVIZIO 2° “ PERSONALE CONVENZIONATO S.S.R.”
PIAZZA OTTAVIO ZIINO 24 –**

PALERMO

Il sottoscritto Dr....., nato a.....
(prov.....) il..... M___ F___ Codice Fiscale.....
Comune di residenza.....(prov.....)
Indirizzo:.....n.....Cap.....
telefono.....

chiede di essere incluso, per l'anno nella graduatoria regionale dei

- ☐ Biologi
- ☐ Chimici
- ☐ Psicologi

per il conferimento di incarichi ambulatoriali

A tale fine acclude alla presente la seguente documentazione:

- a) autocertificazione informativa
- b) n.....documenti relativi ai titoli in suo possesso, valutabili ai fini della graduatoria predetta e specificati nel prospetto interno.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

- ☐ la propria residenza;
- ☐ il domicilio sotto indicato:

c/o.....indirizzo:.....
.....n.....CAP.....
Comune.....Provincia.....

Data.....

Firma per esteso.....

Avvertenze importanti:

- I documenti comprovanti il possesso dei titoli dichiarati devono essere in regola con le norme sull'imposta di bollo e le disposizioni di legge vigenti.

- Ai fini dell'attribuzione del relativo punteggio, la documentazione allegata deve essere tale da poterne consentire la valutazione e non si terrà conto di quella dalla quale non è possibile dedurre i dati di valutazione o di quella mancante rispetto a quanto dichiarato dall'aspirante.
- Se la domanda e' presentata personalmente al competente ufficio regionale (Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'Assessorato Sanità), la firma deve essere apposta all'atto della sua presentazione, avanti al dipendente addetto a riceverla. Se, viceversa, la domanda e' presentata da un terzo o inviata per posta, deve essere già sottoscritta dall'interessato ed accompagnata dalla fotocopia non autenticata di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.

PARTE SECONDA

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dr....., 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.....

Dichiara, ai sensi e agli effetti 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 con voto...../110(DL)/100 (LS)
conseguito/a presso l'Università di.....in data.....

2. di essere abilitato all'esercizio della professione di..... nella
sessione..... presso l'Università di.....

3. di essere iscritto all'Albo professionale - sezione A -presso l'Ordine
provinciale/regionale/nazionale 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.....
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) esercitare / non esercitare (1) la professione 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

c) 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.....)

d) 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

e) operare / non operare (1) a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti o istituzioni private convenzionate o accreditate con le aziende per l'esecuzione di prestazioni 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;

f) 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.....)

7. di avere svolto la seguente attività professionale presso Aziende sanitarie o Istituzioni pubbliche che applicano le norme dell'A.C.N. 29.07.2009 come sostituto, incarico provvisorio e a tempo determinato:

presso (2)	ore effettivamente svolte	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 D.Lgs 30 giugno 2003, n. 196 , che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti connessi alla formazione della graduatoria dei Biologi/Chimici/Psicologi ambulatoriali e, pertanto, in caso di rifiuto, Ella non potrà essere inserita in graduatoria.

I dati personali saranno pubblicati sulla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana.

Data.....Firma per esteso

- (1) cancellare la parte che non interessa
- (2) Azienda sanitaria o Istituzione Pubblica che applica il presente Accordo
- (3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste