

Comunicato regionale 19 dicembre 2023 - n. 161**Direzione generale Welfare - Pubblicazione del fac-simile della domanda per l'inserimento nelle graduatorie degli specialisti ambulatoriali interni, dei veterinari e delle altre professionalità (biologi, chimici e psicologi) valide per l'anno 2025**

Ai sensi dell'art. 19 ACN vigente approvato in data 31 marzo 2020 e s.m.i. le domande per il primo inserimento o aggiornamento delle graduatorie predisposte dalle aziende sede dei comitati zonali per gli specialisti ambulatoriali, i veterinari e le altre professionalità (biologi, chimici e psicologi ambulatoriali) valide per l'anno 2025 dovranno essere inoltrate entro e non oltre il 31 gennaio 2024.

A pena di inammissibilità delle domande presentate si precisa quanto segue: gli specialisti ambulatoriali interni, i veterinari, i biologi, i chimici e gli psicologi residenti in Regione Lombardia o residenti in altre regioni dovranno inviare le domande all'ufficio dell'Azienda sede di comitato zonale nel cui territorio di competenza aspirino a svolgere la propria attività.

Si indica come esclusiva modalità di presentazione delle domande l'invio **a mezzo Posta Elettronica Certificata all'indirizzo PEC** del competente ufficio dell'Azienda sede del Comitato presso il cui territorio le/i candidate/i aspirino a svolgere la propria attività (indicato nella tabella allegata).

Dovrà essere inviata una specifica domanda per ogni branca specialistica o categoria professionale in cui si richiede di essere inseriti; pertanto, qualora in possesso di requisiti utili a più graduatorie (ad esempio: psicologi/psicoterapeuti) per poter essere inseriti in ciascuna graduatoria il candidato dovrà presentare domande distinte per ogni branca/professione di interesse.

La modulistica dovrà essere **compilata in stampatello** al fine di agevolare la lettura dei dati contenuti nella domanda.

In ottemperanza all'ACN vigente si precisa che le graduatorie che riguardano i Professionisti (Biologi, Chimici, Psicologi e Psicoterapeuti) saranno Provinciali, pertanto i candidati interessati - siano essi residenti in Lombardia o in altre Regioni - dovranno inviare domanda al competente Ufficio delle Aziende sedi di Comitato Zonale di interesse.

L'uso di un modello diverso da quello pubblicato, se privo di tutte le indicazioni contenute nel modello allegato al presente comunicato, implica l'esclusione dalle graduatorie.

È prevista la firma digitale. Eventualmente, in caso di firma autografa, la domanda dovrà essere accompagnata dalla fotocopia non autenticata di un documento di identità in corso di validità.

La marca da bollo di 16 € prevista per la domanda dovrà essere annullata (cioè siglata). In caso di presentazione di più domande indirizzate a diversi comitati zonali dovrà essere utilizzata una marca da bollo per ogni domanda. Verrà eseguito il controllo informatico sul numero della marca utilizzata.

Per l'accoglimento della domanda farà fede la data delle ricevute di accettazione e di avvenuta consegna della PEC.

L'omissione o l'incompletezza dei dati comporteranno la non attribuzione dei relativi punteggi. L'autocertificazione, allegata alla domanda, 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.

Si precisa che per numero ore si intendono le ore lavorate per la durata complessiva dell'incarico ottenuto. Non sarà valutata la sola indicazione dell'orario settimanale. Ai sensi di quanto indicato nell'allegato 1 dell'ACN vigente, ai fini della valutazione, saranno prese in considerazione esclusivamente le ore di attività svolta con incarico di sostituzione, incarichi provvisori e a tempo determinato effettuati nella branca specialistica o area professionale per cui si partecipa, presso Aziende sanitarie ed altre istituzioni pubbliche che applicano le norme dell'ACN vigente (INPS, INAIL, Ministero della Difesa, SASN, ecc). Non sono valutabili le ore di attività effettuate con contratto libero professionale e di dipendenza.

Si ricorda altresì che ai sensi dell'ACN vigente per servizio svolto si intende quello effettuato dal 2 ottobre 2000 fino al 31 dicembre 2023.

L'autocertificazione informativa (Allegato B) per l'accertamento di eventuali situazioni di

incompatibilità dovrà essere presentata unitamente alla comunicazione di disponibilità all'accettazione dell'incarico.

Sommario allegati:

- domanda per i medici specialisti ambulatoriali, i medici veterinari, le altre professionalità (biologi, chimici e psicologi ambulatoriali), dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio, informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali;
- riferimenti Aziende sedi dei Comitati zionali della Lombardia a cui inviare le domande;
- allegato B autocertificazione informativa.

Il fac-simile della domanda potrà essere scaricato anche dal sito internet www.regione.lombardia.it.

Sarà sufficiente digitare "Graduatorie medici" nella lente di ricerca della home page. Cliccare il link "Pubblicazione graduatorie medicina convenzionata", per aprire la pagina dedicata.

In alternativa, attraverso questo link [Domande graduatorie Specialisti](#).

Rosetta Gagliardo

— • —



Regione Lombardia

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA: Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari e altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi)

art. 19 dell'Accordo Collettivo Nazionale 31 marzo 2020 e s.m.i. per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, i veterinari e le altre professionalità (biologi, chimici, psicologi)

Primo inserimento

Aggiornamento

**Marca da bollo
€ 16,00**

l'ASST sede di Comitato zonale

.....

La/Il sottoscritta/o.....nata/o a

(prov.....) il.....M_F__Codice Fiscale.....

Comune di residenza..... (prov.....)

Indirizzon..... Cap.....

telefono.....

PEC.....

chiede di essere inclusa/o nella graduatoria dei:

medici specialisti: branca di.....

odontoiatri

medici veterinari: area.....

biologi

chimici

professionisti psicologi

professionisti psicoterapeuti

a valere per l'anno 2025 relativamente all'ambito zonale di..... nel cui territorio intende ottenere 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 PEC:

.....

Data..... Firma (*).....

(*) È prevista la firma digitale. Eventualmente, in caso di firma autografa, in luogo dell'autenticazione della firma, allegare fotocopia semplice di un documento di identità.

Ai sensi del Regolamento dell'Unione Europea numero 910/2014, cosiddetto regolamento "eIDAS" (electronic IDentification Authentication and Signature - Identificazione, Autenticazione e Firma elettronica), la sottoscrizione della documentazione utile alla partecipazione al bando dovrà essere effettuata o con firma digitale o firma elettronica qualificata o firma elettronica avanzata. È ammessa quindi anche la firma con Carta Regionale dei Servizi (CRS) o Carta Nazionale dei Servizi (CNS), purché generata attraverso l'utilizzo di una versione del software di firma elettronica avanzata aggiornato a quanto previsto dal Decreto del Consiglio dei Ministri del 22/2/2013 "Regole tecniche in materia di generazione, apposizione e verifica delle firme elettroniche avanzate, qualificate e digitali, ai sensi degli articoli 20, comma 3, 24, comma 4, 28, comma 3, 32, comma 3, lettera b), 35, comma 2, 36, comma 2, e 71".

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.....nata/o a

(prov.....)il.....M_F__Codice Fiscale.....

Comune di residenza.....(prov.....)

Indirizzon.....Cap.....

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 cittadina/o italiano;
- di essere cittadina/o di altro Paese appartenente alla UE
(specificare).....
- di essere cittadina/o del seguente Stato _____ ed in possesso di uno dei requisiti di cui all'art. 38, commi 1 e 3bis del D.lgs n.165/2001 e s.m.i.
(cfr. punto 1 delle "Avvertenze Generali");

di possedere il diploma di laurea ovvero la laurea specialistica della classe corrispondente in (medicina e chirurgia - odontoiatria e protesi dentaria - medicina veterinaria - scienze biologiche - chimica - psicologia) conseguita presso l'Università di..... in data...../...../.....; (cfr. punto 2 delle "Avvertenze Generali")

con voto/110 senza lode con lode,

con voto/100 senza lode con lode;

– di essere abilitata/o all’esercizio della professione di..... (medico chirurgo - odontoiatra - medico veterinario - biologo - chimico - psicologo) nella sessione..... presso l’Università di.....;

– di essere iscritta/o all’Albo professionale dei/degli..... (medici chirurghi - odontoiatri - veterinari - biologi - chimici - psicologi) presso l’Ordine provinciale /regionale di.....dal...../...../.....;

– di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:

..... conseguita il...../...../..... presso l’Università di..... con voto..... senza lode con lode

..... conseguita il...../...../..... presso l’Università di..... con voto..... senza lode con lode

..... conseguita il...../...../..... presso l’Università di..... con voto..... senza lode con lode

..... conseguita il...../...../..... presso l’Università di..... con voto..... senza lode con lode

ovvero - per la branca di Cure palliative - della certificazione regionale attestante l’esperienza triennale nella rete delle cure palliative, secondo quanto previsto dall’articolo 1, comma 522, della Legge 30 dicembre 2018, n.145, rilasciata dalla Regione.....il...../...../.....;

– 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 non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente (tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle “quote A e B” del fondo di previdenza generale dell’ENPAM e degli altri enti previdenziali, ove previsto o che fruiscono dell’Anticipo della Prestazione Previdenziale - APP);

– di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario;

- di avere svolto la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, come sostituto, incaricato provvisorio o incaricato a tempo determinato *(indicare il servizio svolto dal 2 ottobre 2000 fino al 31 dicembre dell'anno precedente)*:

Branca specialistica o area professionale	presso	n. ore totali	dal	al
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(non è valutabile il servizio effettuato precedentemente al 2 ottobre 2000)

- (solo per specialisti cessati dall'incarico a tempo indeterminato): di avere svolto la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, a tempo indeterminato *(indicare il servizio svolto dal 2 ottobre 2000 fino al 31 dicembre dell'anno precedente)*:

Branca specialistica o area professionale	presso	n. ore totali	dal	al
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(non è valutabile il servizio effettuato precedentemente al 2 ottobre 2000)

- di essere non essere disponibile per incarichi provvisori, a tempo determinato o per sostituzioni - art. 19, comma 12 A.C.N. 31.03.2020 e s.m.i.;

la/Il sottoscritta/o dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, e del Regolamento Europeo 27 aprile 2016 n.2016/679/UE (art.13) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data..... Firma

AVVERTENZE GENERALI

1. Cittadini degli Stati membri dell'Unione Europea e loro familiari non aventi la cittadinanza di uno Stato membro che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente; cittadini di Paesi terzi che siano titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o che siano titolari dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria;
2. Per i laureati in medicina e chirurgia la specializzazione fatta valere come titolo legittimante l'iscrizione all'albo degli odontoiatri non è valida ai fini dell'iscrizione nella graduatoria degli odontoiatri;
3. Il titolo di specializzazione in psicoterapia, riconosciuto ai sensi degli articoli 3 e 35 della Legge 18 febbraio 1989 n. 56 come equipollente al diploma rilasciato dalle corrispondenti scuole di specializzazione universitaria, è valido in riferimento allo psicologo per la disciplina di psicologia ed al medico o allo psicologo per la disciplina di psicoterapia.
4. La domanda deve essere rinnovata ogni anno e deve riportare gli eventuali titoli accademici e professionali aggiuntivi rispetto a quelli precedentemente presentati.
5. La domanda, previo assolvimento degli obblighi di pagamento del bollo, deve essere trasmessa con modalità telematica al competente ufficio dell'Azienda sede del Comitato Zonale, ovvero dell'Azienda individuata dalla Regione, entro e non oltre il 31 Gennaio di ciascun anno. Sono fatte salve differenti modalità di trasmissione disposte dalla Regione.
6. La mancata sottoscrizione della domanda o della dichiarazione sostitutiva, la trasmissione oltre il termine del comportano l'esclusione dalla graduatoria.
7. 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;
8. Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, i dati personali forniti dagli aspiranti all'iscrizione in graduatoria formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza.
9. I titoli devono essere documentati con dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà, ai sensi degli articoli 46 e art.47 del DPR 445/2000.

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuta la ASST di riferimento.

Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è il Direttore Generale della ASST.

Responsabile della protezione dei dati (DPO)

Il responsabile della protezione dei dati (DPO) il Responsabile del trattamento dei dati sono individuati dalla ASST.

Finalità del trattamento

I dati personali da Lei forniti sono necessari esclusivamente all'espletamento da parte di questa Azienda della formazione della graduatoria provinciale valida per l'anno 2023 ai sensi del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali, veterinari ed altre professionalità sanitarie convenzionate (psicologi, biologi, chimici).

Modalità di trattamento e conservazione

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679 e dall'Allegato B del D.Lgs. 196/2003 (artt. 33-36 del Codice) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/679.

Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

Ambito di comunicazione e diffusione

Informiamo inoltre che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge.

I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito internet della regione Lombardia all'indirizzo: / servizi e informazioni / enti e operatori / sistema welfare / Personale del sistema sanitario e sociosanitario, convenzionati e formazione continua / pubblicazione graduatorie medicina convenzionata.

Trasferimento dei dati personali

I suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

Categorie particolari di dati personali

Ai sensi degli articoli 26 e 27 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli 9 e 10 del Regolamento UE n. 2016/679, Lei potrebbe conferire, al titolare del trattamento dati qualificabili come "categorie particolari di dati personali" e cioè quei dati che rivelano "*l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona*". Tali categorie di dati potranno essere trattate solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in forma scritta in calce alla presente informativa.

Esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione

Il Titolare del trattamento non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

Diritti dell'interessato

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
- g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione.
- h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Si rammenta che il conferimento dei dati personali richiesti risulta necessario per svolgere gli adempimenti relativi alla finalità del trattamento e, pertanto, in caso di rifiuto, il richiedente non potrà essere inserito nella graduatoria.

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata alla ASST di riferimento

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede

Luogo, lì

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta

esprimo il consenso **NON esprimo il consenso** al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

esprimo il consenso **NON esprimo il consenso** alla comunicazione dei miei dati personali a enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa.

Firma.....

Indirizzi delle Aziende sedi di Comitato Zonale della Lombardia a cui inviare le domande

Denominazione del Comitato	Aziende afferenti	Azienda sede del Comitato
Comitato Zonale di Bergamo	ASST di Bergamo Est	ASST Papa Giovanni XXIII sede legale Piazza OMS, n. 1 24127 Bergamo (BG) tel.: 035/2673912 – 2673913 referente: M. Maini PEC: ufficioprotocollo@pec.asst-pg23.it Sito web: www.asst-pg23.it
	ASST di Bergamo OVEST	
	ASST Papa Giovanni XXIII	
Comitato Zonale di Brescia	ASST Franciacorta	ASST degli Spedali Civili di Brescia sede legale Piazzale Spedali Civili n.1 Tel.030/3996921/920 PEC: specialisti.ambulatoriali@pecaruba.asst-spedalivicivi.it Sito internet: www.comitatozonalebrescia.it ; sito istituzionale: www.asst-spedalivicivi.it
	ASST Garda	
	ASST degli Spedali Civili di Brescia	
Comitato Zonale di Como - Varese	ASST Lariana	ASST Lariana sede legale Via Napoleona, 60 22100 Como (CO) Referente: Dott. Andrea Ferè tel. 031/585.8479 – 031/585.8480 PEC: specialistiambulatoriali@pec.asst-lariana.it
	ASST Sette Laghi	
	ASST Valle Olona	
Comitato Zonale di Lodi e Melegnano	ASST di Lodi	ASST di LODI sede legale Piazza Ospedale, 10 26900 Lodi (LO) Referente Sig. Davide Scordamaglia 0371 372447 davide.scordamaglia@asst-lodi.it Responsabile dr.ssa Clara Riatti 0371 372556 PEC: protocollo@pec.asst-lodi.it
	ASST Melegnano e Martesana	
Comitato Zonale di Mantova - Cremona	ASST di Mantova	ASST di Mantova sede legale Strada Lago Paiolo n. 10 46100 Mantova (MN) Tel. 0376-464028-464379 PEC: protocollogenerale@pec.asst-mantova.it
	ASST di Crema	
	ASST di Cremona	

Comitato Zonale di Milano	ATS della Città Metropolitana di Milano	ASST Nord Milano Sede Legale: Viale Matteotti n° 83 20099 Sesto San Giovanni (MI) Uffici Amministrativi : Viale Matteotti n° 83 - 20099 Sesto San Giovanni (MI) Graduatorie annuali: sig.ra Enza Scelfo tel. 0257999344 Pubblicazione turni vacanti: sig.ra Colangelo Marilena tel. 0257999477 - sig.ra Peralta Raffaella tel. 0257999472 PEC: comitato.zonale.milano@pec.asst-nordmilano.it
	ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda	
	ASST Nord Milano	
	ASST Fatebenefratelli Sacco	
	ASST Centro Specialistico Ortopedico Traumatologico Gaetano Pini/cto	
	ASST Santi Paolo e Carlo	
	Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico	
Comitato Zonale della Provincia di Milano	ASST Ovest Milanese	ASST Ovest Milanese - sede legale Via Papa Giovanni Paolo II – 20025 Legnano (MI) Tel. 0331/449602 – 612 Ref. dott. Andrea Colombo – Katia Asti – Francesca Maria Del Pizzo PEC: protocollo@pec.asst-ovestmi.it
	ASST Rhodense	
Comitato Zonale di Monza - Lecco	ASST di Lecco	Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori sede legale Via Giambattista Pergolesi, 33 20052 Monza (MB) tel. 039/2339036 PEC: protocollo@pec.irccs-sangerardo.it
	ASST Brianza	
	Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori	
Comitato Zonale di Pavia	ASST di Pavia	ASST di Pavia sede legale Viale Repubblica n. 34 27100 Pavia (PV) Dott. Roberto Cristina tel. 0382/1958138 Dott.ssa Ilaria Piacentini tel. 0382/1958181 Sig.ra Matilde Mineo tel. 0382/1958179 PEC: protocollo@pec.asst-pavia.it
Comitato Zonale di Sondrio	ASST della Valtellina e dell'Alto Lario	ASST della Valtellina e dell'Alto Lario sede legale Via Stelvio n. 25 23100 Sondrio (SO) Referente Martinelli Mara tel. 0342 521030 - 0342521925 PEC: protocollo@pec.asst-val.it
	ASST della Vallecamonica	

ALLEGATO B**AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA**

La/Il sottoscritta/o.....,
nata/o a.....(prov.....)il..... M__F
Codice Fiscale.....
Comune di residenza.....(prov)
Indirizzo.....n.....Cap.....
telefono.....
PEC.....e.mail.....

ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R.

DICHIARA

1. di essere / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;
2. di 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.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
3. di esercitare /non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
4. di essere/ non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società, anche di fatto, che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
5. di svolgere/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;
6. di svolgere/non svolgere (1) attività pediatra di libera scelta;
7. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
8. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
9. di esercitare/non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private

non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale, che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e che si configuri un conflitto di interessi (in caso affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività _____);

- 10. di svolgere/non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;
- 11. di fruire/non fruire (1) 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;
- 12. di operare/non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. (in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività _____);
- 13. di 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-quinquies, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;
- 14. di essere/non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;
- 15. di fruire/non fruire (1) di trattamento di quiescenza;
- 16. di avere/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata _____);
- 17. di essere/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei _____ di _____. In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): _____ ;
- 18. di avere/non avere (1) riportato condanne penali e di avere/non avere (1) procedimenti penali pendenti;
- 19. di percepire/non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta _____ e la misura dell'indennità percepita _____).

NOTE (3)

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

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 (*).....

(*) È prevista la firma digitale. Eventualmente, in caso di firma autografa, in luogo dell'autenticazione della firma, allegare fotocopia semplice di un documento di identità.

Ai sensi del Regolamento dell'Unione Europea numero 910/2014, cosiddetto regolamento "eIDAS" (electronic IDentification Authentication and Signature - Identificazione, Autenticazione e Firma elettronica), la sottoscrizione della documentazione utile alla partecipazione al bando dovrà essere effettuata o con firma digitale o firma elettronica qualificata o firma elettronica avanzata. È ammessa quindi anche la firma con Carta Regionale dei Servizi (CRS) o Carta Nazionale dei Servizi (CNS), purché generata attraverso l'utilizzo di una versione del software di firma elettronica avanzata aggiornato a quanto previsto dal Decreto del Consiglio dei Ministri del 22/2/2013 "Regole tecniche in materia di generazione, apposizione e verifica delle firme elettroniche avanzate, qualificate e digitali, ai sensi degli articoli 20, comma 3, 24, comma 4, 28, comma 3, 32, comma 3, lettera b) , 35, comma 2, 36, comma 2, e 71".

N.B. La presente autocertificazione informativa, con le appropriate modificazioni, è utilizzabile anche per le comunicazioni al comitato di cui all'art. 18 dell'ACN, relative alle modificazioni intervenute nello stato professionale.