



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

**COMITATO CONSULTIVO ZONALE  
per la MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE VCO**

Sede legale : Via Mazzini, 117 – 28887 Omegna (VB)  
Tel 0323 541552 Fax 0323 541399 e-mail [dsanitaria@aslvco.it](mailto:dsanitaria@aslvco.it)

**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA**

**MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI  
(ESCLUSI MEDICI VETERINARI E PSICOLOGI  
in relazione a graduatoria unica a livello regionale )**

**VALEVOLE PER L'ANNO 2015**

ai sensi dell'art. 21 dell'Accordo Collettivo Nazionale del 29/07/09 per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali i Veterinari ed altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi)

***AL COMITATO ZONALE DEL VCO***

**(si prega di compilare la domanda in stampatello)**

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

a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) M  F

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Indirizzo Via/Piazza/Corso

\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

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

Telefono \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ (indicazione facoltativa utile per informazioni urgenti)

**Chiede di essere inclusa/o nella graduatoria**

- secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale del 29/07/09 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 -

**della Specialità di \_\_\_\_\_  
per i MEDICI Specialisti ed Odontoiatri**

a valere per **l'anno 2015**, relativa alla **Provincia del VCO**, nel cui ambito territoriale intende ottenere l'incarico.

Il titolo valido per l'inclusione in graduatoria è costituito dalla specializzazione nella branche principali della specialità medica previste nell'Allegato A dell'A.C.N. del 29.07.2009.



[www.regione.piemonte.it/sanita](http://www.regione.piemonte.it/sanita)



una sanità in salute Fa bene a tutti



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

Nel caso l'interessato sia in possesso di due o più specializzazioni che consentono l'inclusione in più graduatorie occorre presentare specifiche domande separate.  
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, inoltre, che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

la propria residenza

il domicilio sottoindicato:

c/o \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

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

Data \_\_\_\_\_

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

#### AVVERTENZE IMPORTANTI

La domanda, **in MARCA DA BOLLO da € 16,00**, deve essere spedita **a mezzo raccomandata A.R.** o consegnata all'ufficio protocollo Comitato Consultivo Zonale Medici Specialisti Ambulatoriali del VCO, presso A.S.L. VCO – Via Mazzini 117 – 28887 OMEGNA (VB), **entro e non oltre il 31 Gennaio 2014.**

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 è presentata personalmente al competente Ufficio del Comitato Zonale, la firma deve essere apposta all'atto della sua presentazione, avanti al dipendente addetto a riceverla.

Se viceversa, la domanda è presentata da un terzo o inviata per posta, deve essere già sottoscritta dall'interessato ed accompagnata dalla fotocopia (fronte/retro) non autenticata di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.

Ai fini della graduatoria sono valutabili i titoli professionali conseguiti fino al 31/12/2013.



**AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA**

Il sottoscritto/o Dott.ssa/Dott. \_\_\_\_\_,

nata/o il \_\_\_\_\_

M

F

a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

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

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

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

Telefono \_\_\_\_\_

Recapito professionale nel Comune di \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

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

e-mail \_\_\_\_\_ (indicazione facoltativa utile per informazioni urgenti)

Dichiara, ai sensi e agli effetti della legge n.15 / 68 e successive modificazioni

**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, o medicina veterinaria, o biologia, o chimica, o psicologia) 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, o medico veterinario, o biologo, o chimico, o psicologo) nella sessione.....presso l'Università di .....

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

**4.** di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:

in.....conseguita il.....presso l'Università di.....con voto.....

(massimo voti si  no  lode si  no )

in.....conseguita il..... presso l'Università di.....con voto.....

(massimo voti si  no  lode si  no )





in.....conseguita il..... presso l'Università di..... con  
voto.....

(massimo voti si  no  lode si  no )

**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 '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.Lvo 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.Lvo 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.....).



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

**7.** di avere svolto la seguente attività professionale nella branca o area professionale, come sostituto, incarico provvisorio e a tempo determinato.  
*(Vedi dichiarazione sostitutiva atto di notorietà allegati n. 1)*

NOTE (2)

---

---

---

---

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.

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

- (1) Cancellare la parte che non interessa.
- (2) 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.



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

## ALLEGATO N. 1

**Punto 7. Attività professionale nella branca, come sostituzioni, incarico provvisorio e a tempo determinato** (Non devono essere indicati gli incarichi di dipendenza o le sostituzioni di dipendenza, né le borse di studio, né le consulenze, ma solo le convenzioni ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale 29/07/2009).

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

Dichiara, ai sensi e agli effetti della legge n. 15/68 e successive modificazioni  
di avere svolto la seguente attività professionale

nella branca di \_\_\_\_\_,

ai sensi del vigente A.C.N., come sostituzioni, incarico provvisorio e a tempo determinato:

<b>ATTIVITÀ PROFESSIONALE PERTINENTE ALLA BRANCA SUINDICATA</b>					
<b>INDICARE CON PRECISIONE L'AMMINISTRAZIONE COMPETENTE, INDIRIZZO COMPLETO E TELEFONO, ELEMENTI INDISPENSABILI PER IL REPERIMENTO DELLE INFORMAZIONI UTILI AD ACCERTARE LA VERIDICITA' DELLA DICHIARAZIONE PRODOTTA (ART. 43 DPR 445/2000),ALTRIMENTI NON VALUTABILE:</b>					
ANNO	A.S.L / ENTI (*)	ORE SETTIMANALI	DAL	AL	Totale ore lavorate nel periodo
<b>Totale ore anno</b>					<b>(1)</b>

(1) Somma totale ore lavorate nel periodo, necessaria ai fini dell'attribuzione del relativo punteggio.



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

**ATTIVITÀ PROFESSIONALE PERTINENTE ALLA BRANCA SUINDICATA**

**INDICARE CON PRECISIONE L'AMMINISTRAZIONE COMPETENTE, INDIRIZZO COMPLETO E TELEFONO, ELEMENTI INDISPENSABILI PER IL REPERIMENTO DELLE INFORMAZIONI UTILI AD ACCERTARE LA VERIDICITA' DELLA DICHIARAZIONE PRODOTTA (ART. 43 DPR 445/2000),ALTRIMENTI NON VALUTABILE:**

ANNO	A.S.L / ENTI (* )	ORE SETTIMANALI	DAL	AL	<b>Totale ore lavorate nel periodo</b>
<b>Totale ore anno _____</b>					<b>(1)</b>

(1) Somma totale ore lavorate nel periodo, necessaria ai fini dell'attribuzione del relativo punteggio.

*(in caso di spazio insufficiente fotocopiare il prospetto e allegarlo alla domanda)*



**A.S.L. V.C.O.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)  
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020  
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

(\*)

ASL\_\_\_\_\_ via\_\_\_\_\_ cap\_\_\_\_\_ Comune\_\_\_\_\_ ( ) Tel.\_\_\_\_\_

ASL\_\_\_\_\_ via\_\_\_\_\_ cap\_\_\_\_\_ Comune\_\_\_\_\_ ( ) Tel.\_\_\_\_\_

ASL\_\_\_\_\_ via\_\_\_\_\_ cap\_\_\_\_\_ Comune\_\_\_\_\_ ( ) Tel.\_\_\_\_\_

ASL\_\_\_\_\_ via\_\_\_\_\_ cap\_\_\_\_\_ Comune\_\_\_\_\_ ( ) Tel.\_\_\_\_\_

ASL\_\_\_\_\_ via\_\_\_\_\_ cap\_\_\_\_\_ Comune\_\_\_\_\_ ( ) Tel.\_\_\_\_\_

ASL\_\_\_\_\_ via\_\_\_\_\_ cap\_\_\_\_\_ Comune\_\_\_\_\_ ( ) Tel.\_\_\_\_\_

ASL\_\_\_\_\_ via\_\_\_\_\_ cap\_\_\_\_\_ Comune\_\_\_\_\_ ( ) Tel.\_\_\_\_\_

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

Data\_\_\_\_\_

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