

**AL DIRETTORE GENERALE
ULSS N. 1
Via Feltre n. 57
32100 BELLUNO**

**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA
PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO DETERMINATO
NEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

Il sottoscritto Dr. _____ nato a _____
(prov. ____) il _____ M ___ F ___ Codice Fiscale _____
Comune di residenza _____ (prov. ____)
Via _____ n. ____ cap. _____ recapito telefonico _____
indirizzo e-mail _____ indirizzo PEC _____

CHIEDE

di essere incluso nella graduatoria per il conferimento di incarichi a tempo determinato nel servizio di continuità assistenziale presso il Distretto Socio-Sanitario valevole per l'anno **2015** secondo quanto previsto dagli artt. 15, comma 12, e 70 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 23 marzo 2005, come modificato ed integrato dall'A.C.N. 29.07.2009.

A tale fine, ai sensi e agli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e di formazione o uso di atti falsi richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28.12.2000,

DICHIARA

1. di essere laureato in Medicina e Chirurgia con voto _____ presso l'Università degli Studi di _____ in data _____;
2. di essere abilitato all'esercizio della professione di Medico Chirurgo in data _____ presso l'Università di _____;
3. di essere iscritto all'Albo professionale dei Medici Chirurghi presso l'Ordine provinciale di _____ dal _____;
4. di essere inserito nella graduatoria unica regionale Regione Veneto anno _____ al numero _____;
5. di essere / non essere in possesso di specializzazione o libera docenza in medicina generale;
6. di essere in possesso delle seguenti specializzazioni o libere docenze:

_____;
7. di essere / non essere in possesso dell'attestato di formazione in medicina generale di cui all'art. 1, comma 2, e all'art. 2, comma 2, del D.Lgs. n. 256/1991 e delle corrispondenti norme del D.Lgs. n. 368/1999 e di cui al D.Lgs. n. 277/2003;
8. di essere / non essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale:

anno di corso _____ presso _____;

9. di essere / non essere iscritto a un corso di specializzazione: _____

anno di corso _____ presso _____;

10. di essere / non essere titolare di patente di guida di categoria B o superiore;

11. di avere / non avere subito provvedimenti di revoca o decadenza del rapporto convenzionale di medico di medicina generale ai sensi degli art. 30, c. 7. lett. c) e art. 19, c. 2 – A.C.N. Medicina Generale (in caso affermativo specificare la data di irrogazione effettiva della sanzione o la data di decadenza del rapporto convenzionale _____);

12. di aver svolto la seguente attività, sia a tempo indeterminato che determinato, di medico di assistenza primaria convenzionato ai sensi dell'art. 48 della L. n. 833/1978 e dell'art. 8, comma 1, del D.Lgs. n. 502/1992, compresa quella svolta in qualità di associato:

dal _____ al _____ a tempo _____ n. giorni complessivo _____ mesi _____ presso _____

dal _____ al _____ a tempo _____ n. giorni complessivo _____ mesi _____ presso _____

13. di aver svolto la seguente attività di sostituzione del medico di assistenza primaria convenzionato con il S.S.N. solo se svolta con riferimento a più di 100 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi (le sostituzioni dovute ad attività sindacale del titolare sono valutate anche se di durata inferiore a 5 giorni):

dal _____ al _____ n. utenti _____ n. giorni complessivo _____ mesi _____ presso _____

dal _____ al _____ n. utenti _____ n. giorni complessivo _____ mesi _____ presso _____

14. di aver svolto il seguente servizio effettivo con incarico a tempo indeterminato, determinato o anche a titolo di sostituzione, nei servizi di guardia medica e di continuità assistenziale in forma attiva (per ogni mese ragguagliato a 96 ore di attività):

dal _____ al _____ n. mesi (con n. ore superiore a 48) _____ presso _____

dal _____ al _____ n. mesi (con n. ore superiore a 48) _____ presso _____

dal _____ al _____ n. mesi (con n. ore superiore a 48) _____ presso _____

dal _____ al _____ n. mesi (con n. ore superiore a 48) _____ presso _____

15. di aver prestato servizio effettivo con incarico a tempo determinato e indeterminato nella emergenza sanitaria territoriale:

dal _____ al _____ n. mesi (con n. ore superiore a 48) _____ presso _____

dal _____ al _____ n. mesi (con n. ore superiore a 48) _____ presso _____

dal _____ al _____ n. mesi (con n. ore superiore a 48)
_____ presso _____

16. di aver prestato servizio effettivo con incarico a tempo determinato o indeterminato o di sostituzione nella medicina dei servizi (per ogni mese ragguagliato a 96 ore di attività):

dal _____ al _____ mesi (con n. ore superiore a 48)
n. _____ presso _____

17. di aver prestato servizio effettivo nelle attività territoriali programmate (per ogni mese di attività corrispondente a 52 ore):

dal _____ al _____ n. mesi _____ presso _____
dal _____ al _____ n. mesi _____ presso _____

18. di aver svolto attività programmata nei servizi territoriali, di continuità assistenziale, o di emergenza sanitaria territoriale in forma di reperibilità, ai sensi del presente accordo (per ogni mese ragguagliato a 96 ore di attività):

dal _____ al _____ n. mesi _____ presso _____
dal _____ al _____ n. mesi _____ presso _____

19. di aver svolto attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende:

dal _____ al _____ n. mesi _____ presso _____
dal _____ al _____ n. mesi _____ presso _____

20. di aver prestato servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) anche in qualità di Ufficiale Medico di complemento e per un massimo di 12 mesi, svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina:

dal _____ al _____ n. mesi _____

21. di aver prestato servizio civile volontario espletato per finalità e scopi umanitari o di solidarietà sociale svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina:

dal _____ al _____ n. mesi _____

22. di aver svolto attività, anche in forma di sostituzione, di medico pediatra di libera scelta, se svolta con riferimento ad almeno 70 utenti e per periodi non inferiori a 5 giorni continuativi:

dal _____ al _____ n. utenti _____ n. giorni complessivo
_____ mesi _____ presso _____

dal _____ al _____ n. utenti _____ n. giorni complessivo
_____ mesi _____ presso _____

23. di aver svolto attività come medico specialista ambulatoriale nella branca di medicina interna e medico generico di ambulatorio ex enti mutualistici, medico generico fiduciario e medico di ambulatorio convenzionato con il Ministero della Sanità per il servizio di assistenza sanitaria ai naviganti:

dal _____ al _____ in qualità di _____ n. giorni
complessivo _____ mesi _____ presso _____

dal _____ al _____ in qualità di _____ n. giorni complessivo _____ mesi _____ presso _____

24. di aver svolto attività di medico addetto all'assistenza sanitaria nelle carceri, sia a tempo indeterminato che di sostituzione, e di ufficiale medico militare in servizio permanente effettivo:

dal _____ al _____ a tempo _____ n. giorni complessivo _____ mesi _____ presso _____

dal _____ al _____ a tempo _____ n. giorni complessivo _____ mesi _____ presso _____

25. di aver prestato servizio presso aziende termali (con le modalità di cui all'art. 8 della L. 24.10.2000 n. 323), equiparato all'attività di continuità assistenziale:

dal _____ al _____ n. mesi _____ presso _____

dal _____ al _____ n. mesi _____ presso _____

26. di aver prestato servizio effettivo di medico di assistenza primaria, della continuità assistenziale, di emergenza territoriale, svolto in paesi dell'Unione Europea, ai sensi della L. 09.02.1979 n. 38, della L. 10.07.1960 n. 735 e s.m.i. e del D.M. 01.09.1988 n. 430:

dal _____ al _____ n. mesi _____ presso _____

dal _____ al _____ n. mesi _____ presso _____

27. di essere / non essere già lavoratore privato o pubblico collocato in quiescenza ai sensi di quanto previsto dall'art.25 L. 724/94 e dall'art. 5,c.9 del D.L. 95/2012 convertito con modificazioni dalla L. 135/2012.

(L'invio delle pagine contenenti i punti da 12. a 26. può venir omesso nel caso in cui non vi siano precedenti servizi da segnalare).

NOTE PARTICOLARI:

Il sottoscritto dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n. 196/2003 (si veda allegato), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento e acconsente pertanto al loro trattamento.

Chiede, infine, che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:

Sig. _____

Via _____ n. _____

C.A.P. _____ Città _____ Prov. _____

Allega fotocopia di un proprio documento di identità.

Data _____ Firma per esteso _____

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, e in relazione ai dati personali forniti, La informiamo di quanto segue:

1. Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente alla formazione, da parte di questa Azienda, della graduatoria di Continuità Assistenziale valida per l'anno 2015 e al conferimento di eventuali incarichi, con quanto conseguente..
2. Il trattamento viene effettuato avvalendosi di mezzi informatici.
3. Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, in caso di rifiuto, Ella non potrà essere inserito in detta graduatoria.
4. I dati personali potranno essere soggetti a pubblicazione all'Albo Pretorio o sul Bollettino Ufficiale della Regione Veneto.
5. L'art. 7 del D.Lgs. n. 196/2003 (di cui si allega il testo) Le conferisce 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'ULSS N. 1 di BELLUNO con sede in BELLUNO, via Feltre n. 57.

7. *Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti.*

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
 - a) dell'origine dei dati personali;
 - b) delle finalità e modalità del trattamento;
 - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
 - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
 - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
 - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
- a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.