

Serie Avvisi e Concorsi n. 52 - Mercoledì 27 dicembre 2017

Comunicato regionale 21 dicembre 2017 - n. 186
Direzione generale Welfare - Pubblicazione dei fac-simili delle domande per l'inserimento nelle graduatorie degli specialisti ambulatoriali interni, dei veterinari e delle altre professionalità sanitarie (biologi, chimici e psicologi), convenzionati con il SSN validi per l'anno 2019

Ai sensi dell'art. 17 ACN vigente approvato in data 17 dicembre 2015 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 sanitarie (biologi, chimici e psicologi ambulatoriali) convenzionati con il SSN valide per l'anno 2019 dovranno essere inoltrate entro e non oltre il 31 gennaio 2018.

A pena di inammissibilità delle domande presentate si precisa quanto segue:

Si precisa che gli specialisti ambulatoriali interni, i veterinari, i biologi, i chimici, gli psicologi residenti in Regione Lombardia o residenti in altre regioni dovranno presentare le domande al competente ufficio dell'Azienda sede di comitato zonale nel cui territorio di competenza siano interessati a svolgere la propria attività.

La domanda, in bollo, deve essere spedita a mezzo raccomandata A/R o consegnata a mano o inviata tramite posta PEC all'indirizzo PEC del competente ufficio dell'Azienda o Agenzia sede del Comitato presso il cui territorio di competenza aspirino a svolgere la propria attività.

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.

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.

Se la domanda è presentata personalmente al competente ufficio dell'Azienda sede di 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 non autenticata di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.

Il bollo presente sulla domanda dovrà essere annullato. In caso di presentazione di più domande indirizzate a diverse Aziende sede di comitato zonale dovrà essere utilizzata una marca da bollo per ciascuna domanda presentata. Sarà verificato il corretto utilizzo della marca da bollo in caso di plurimo utilizzo della marca da bollo in più domande verrà considerata valida esclusivamente la prima domanda ricevuta. Si ricorda che tale comportamento è passibile di denuncia.

Per l'accoglimento della domanda farà fede il timbro postale o il timbro apposto sulla domanda dall'ufficio competente se consegnata a mano o la data delle ricevute di accettazione e di avvenuta consegna per trasmissioni in caso di invio tramite PEC. La ricevuta rilasciata dall'ufficio postale o dall'Azienda o Agenzia Sanitaria, se consegnata a mano, ovvero la sopracitata ricevuta PEC (prov. di Milano) saranno gli unici documenti validi da produrre in caso di smarrimento della domanda.

L'omissione o l'incompletezza dei dati comporteranno la non attribuzione dei relativi punteggi. L'autocertificazione dovrà pertanto indicare esattamente il numero complessivo 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 approvato in data 17 dicembre 2015 (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 17 dicembre 2015 per servizio svolto si intende quello effettuato dal 2 ottobre 2000 fino al 31 dicembre 2017.

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.

Si informa che al fine di creare corrispondenza fra le ASST ricomprese nei Comitati Zonali e il territorio di competenza delle ATS, eccezion fatta per l'ATS della Città Metropolitana di Milano dal 1 gennaio 2018 le aziende sedi dei comitati zonali sono state riordinate dalla d.g.r.n. X/7600del 20 dicembre 2017, come sottoriportato, pertanto gli indirizzi per l'invio delle domande sono quelli indicati nella tabella allegata

Sommario allegati:

- domande per i medici specialisti ambulatoriali, i medici veterinari, le altre professionalità sanitarie (biologi, chimici e psicologi ambulatoriali), dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio, informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali, Indirizzi delle Aziende sede dei Comitati zonali della Lombardia a cui spedire le domande.
- allegato B autocertificazione informativa

I fac-simili delle domande potranno essere scaricati anche dal sito internet www.regione.lombardia.it / servizi e informazioni / enti e operatori / sistema welfare / Personale del sistema sanitario e sociosanitario, convenzionati e formazione continua / pubblicazione graduatorie medicina convenzionata.

Laura Emilia Santina Lanfredini

— • —

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto....., nato a.....
 (prov.....) il.....M___F___Codice Fiscale.....
 Comune di residenza.....(prov.....)
 Indirizzon.....Cap.....
 telefono.....
 PEC.....e-mail.....
 ai sensi e agli effetti dell'art. 46 e 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità civili 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, e 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 esercitino attività 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 e che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non 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, comma 5, 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 per esteso

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

Firma apposta alla presenza di _____
con identificazione del dichiarante mediante _____

Il funzionario _____

- (1) cancellare la parte che non interessa
 - (2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità
 - (3) 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. 16 dell'ACN, relative alle modificazioni intervenute nello stato professionale.



Regione Lombardia

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

art. 17 dell'Accordo Collettivo Nazionale 17 dicembre 2015 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, i veterinari e le altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) convenzionate con il SSN

Primo inserimento

Aggiornamento

**Marca da bollo
€ 16**

ALL'Azienda o Agenzia Sanitaria di.....
.....

Il sottoscritto....., nato a.....
(prov.....)il.....M__F__Codice Fiscale.....
Comune di residenza.....(prov.....)
Indirizzon.....Cap.....
telefono.....cellulare
PEC.....e-mail.....

chiede di essere incluso nella graduatoria dei:

- medici specialisti ed odontoiatri: branca di.....
- medici veterinari: area.....
- biologi
- chimici
- professionisti psicologi
- professionisti psicoterapeuti

a valere per l'anno 2019 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:

.....

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

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO
ai sensi ed agli effetti dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,**

Il sottoscritto....., nato 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. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:

- di essere cittadino italiano;
- di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE
(specificare).....

- di possedere il diploma di laurea (DL) la laurea specialistica (LS) della classe
corrispondente in
(medicina e chirurgia - odontoiatria e protesi dentaria - medicina veterinaria - biologia -
chimica - psicologia):
 - diploma di laurea con voto/110 senza lode con lode, conseguito presso
l'Università di..... in data...../...../.....;
 - laurea specialistica/magistrale con voto/110 senza lode con lode conseguita
presso l'Università di..... in data...../...../.....;

- di essere abilitato all'esercizio della professione di.....
(medico chirurgo - odontoiatra - medico veterinario - biologo - chimico - psicologo) nella
sessione..... presso l'Università di.....;

- di essere iscritto 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

- 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;
- di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario con massimale orario pari a 38 ore settimanali;
- di avere svolto la seguente attività professionale, ai sensi dell'ACN 17.12.2015, 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 (2)	n. ore totali	dal	al
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

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 autografa e per esteso

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

Firma apposta alla presenza di

_____ con identificazione del dichiarante
 mediante _____

Il funzionario

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03 e in relazione ai dati personali oggetto di trattamento:

1. *Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento della formazione della graduatoria valida per l'anno 2018 Il trattamento viene effettuato avvalendosi sia di strumenti cartacei che informatici.*
2. *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.*
3. *I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione e sul sito istituzionale di ciascuna Azienda e sul sito internet www.regione.lombardia.it / servizi e informazioni / enti e operatori / sistema welfare / Personale del sistema sanitario e sociosanitario, convenzionati e formazione continua / pubblicazione graduatorie medicina convenzionata.*
4. *L'art. 7 del citato Decreto conferisce 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; di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati; di opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati personali.*
5. *Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è l'Azienda Sanitaria di*

Data**Firma autografa per esteso**

_____ . _____

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

Denominazione del Comitato Zonale	Aziende afferenti secondo la L.R. 23/2015	Azienda sede principale del Comitato
Comitato Zonale di Bergamo	ASST di Bergamo Est	ASST Papa Giovanni XXIII Piazza OMS, n. 1 24127 Bergamo (BG) tel.: 035/2673912 – 2673913 referente: M. Maini PEC: ufficioprotocollo@pec.asst-pg23.it www.asst-pg23.it
	ASST di Bergamo OVEST	
	ASST Papa Giovanni XXIII	
Comitato Zonale di Brescia	ASST Francia Corta	ASST degli Spedali Civili di Brescia Piazzale Spedali Civili n. 1 25123 Brescia(BS) tel 030/3996921/920 – Referente Sara Scalvini Pec: risorse.umane@pec.asst-spedalivicili.it www.comitatozonalebrescia.it; www.asst-spedalivicili.it
	ASST Garda	
	ASST degli Spedali Civili di Brescia	
Comitato Zonale di Como-Varese	ASST Lariana	ASST Lariana Via Napoleona, 60 22100 Como (CO) Referente: dott. Giorgio Baggi 031/585.8480-8479 specialistiambulatoriale@pec.asst-lariana.it
	ASST Sette Laghi	
	ASST Valle Olona	
Comitato Zonale di Mantova- Cremona	ASST di Crema	ASST di Mantova Strada Lago Paiolo n. 10 46100 Mantova (MN) tel.: 0379-464016 protocollogenerale@pec.asst-mantova.it
	ASST di Cremona	
	ASST di Mantova	
Comitato Zonale di Monza-Lecco	ASST di Lecco	ASST di Monza Via Giambattista Pergolesi, 33 20052 Monza (MB) tel. 039/2339170- 034- 036 referenti:Anna Cotrufo e Paolo Stucchi protocollo@pec.asst-monza.it
	ASST di Monza	
	ASST di Vimercate	

Comitato Zonale di Lodi-Melegnano	ASST di Lodi	ASST di Lodi Piazza Ospedale, 10 26900 Lodi (LO) dr.ssa Clara Riatti – Direttore UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane 0371 372556 Fernanda Dacco' 0371 251242 protocollo@pec.asst-lodi.it
	ASST Melegnano e della Martesana	
Comitato Zonale di Milano	ATS della Città Metropolitana di Milano	ASST Nord Milano Via Castelvetro, 22 – Milano - cap. 20154 Telefono: 02.5799.5263/.5670 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		
Comitato Zonale della Provincia di Milano	ASST Ovest Milanese	ASST Ovest Milano Via Papa Giovanni Paolo II - 20025 Legnano (MI) tel.: 0331 449602 – 612 Ref.: dott. Andrea Colombo – Katia Asti –Silvia Pinciroli Mail: comitatozonaleprovmi@asst-ovestmi.it protocollo@pec.asst-ovestmi.it
	ASST Rhodense	
Comitato Zonale di Pavia	ASST di Pavia	ASST di Pavia Viale Repubblica n. 34 27100 Pavia (PV) tel 0382 4319122 e 4319134 specialistica_ambulatoriale@pec.asst-pavia.it
Comitato Zonale di Sondrio	ASST della Valtellina e dell'Alto Lario	ASST della Valtellina e dell'Alto Lario Via Stelvio n. 25 23100 Sondrio (SO) Referente Giovanna Terribile tel. 0342 521133 fax: 0342-521024 protocollo@pec.asst-val.it
	ASST della Valcamonica	