

DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE**Direttore: Dott. Valerio F. Profeta**

Tel. 0861420275 – Fax 0861420274

e mail: valerio.profeta@aslteramo.itPEC: cast@pec.aslteramo.it**U.O.C. ATTIVITÀ AMMINISTRATIVA ASSISTENZA TERRITORIALE E DISTRETTUALE****Direttore: dott. Francesco Baiocchi** - tel.: 0861/420402 - mail: francesco.baiocchi@aslteramo.it

Ufficio Specialistica Ambulatoriale Tel. 0861/420285 – fax 0861/420438

**ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE
MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE DEL 31.03.2020**

OGGETTO: 1° TRIMESTRE 2022. PUBBLICAZIONE TURNI SETTIMANALI DI MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE, AI SENSI DEGLI ARTICOLI 20 E 21 DEL VIGENTE ACN DEL 31.03.2020 PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI A TEMPO INDETERMINATO.

SEDE	BRANCA	ORE SETT.LI
CASA CIRCONDARIALE	BRANCA PSICOLOGIA (CATEGORIA PSICOLOGI PROFESSIONISTI) <i>Con capacità professionale ed esperienza nell'ambito della salute mentale in carcere</i>	18
CONSULTORIO FAMILIARE TERAMO	BRANCA PSICOLOGIA (CATEGORIA PSICOLOGI PROFESSIONISTI)	20
UOSD ASSISTENZA CONSULTORIALE	BRANCA OSTETRICIA E GINECOLOGIA	12
DSS TERAMO	BRANCA OTORINOLARINGOIATRIA	10
RETE ONCO- EMATOLOGICA P.O. TERAMO	BRANCA PSICOLOGIA (PSICOLOGI PROFESSIONISTI) <i>Con documentata esperienza formativa e lavorativa di almeno 1 anno in medicina interna e oncologia</i>	20
TUTELA DELLA SALUTE NELLE ATTIVITA' SPORTIVE	BRANCA CARDIOLOGIA <u>NB: si procederà al conferimento dell'incarico a seguito di pubblicazione solamente in caso di: -esito negativo della procedura di mobilità di titolare -o di esito negativo della procedura prevista dall'art. 20 del vigente ACN di categoria e/o di procedura</u>	10

DSS TERAMO	BRANCA NEUROLOGIA	12
CDCD (CENTRI PER I DISTURBI COGNITIVI E DEMENZE)	BRANCA NEUROLOGIA Ripartite nel seguente modo: - 12 ore presso il cdcd di Teramo - 6 ore presso il cdcd di Atri - 6 ore presso il cdcd di Giulianova - 6 presso il cdcd di Sant'Egidio	30
CDCD (CENTRI PER I DISTURBI COGNITIVI E DEMENZE)	BRANCA PSICOLOGIA (PSICOLOGI PROFESSIONISTI) Ripartite nel seguente modo: - 12 ore presso il cdcd di Teramo - 6 ore presso il cdcd di Atri - 6 ore presso il cdcd di Giulianova 6 presso il cdcd di Sant'Egidio	30
TURNI NON FRAZIONABILI		

SI RENDE NOTO

– AVVISO SUI REQUISITI GENERALI E SPECIFICI PER L'AMMISSIONE DEI CONCORRENTI E SUI TERMINI E SULLE MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DICHIARAZIONE DI DISPONIBILITA' ALL'ASSEGNAZIONE DEI TURNI PUBBLICATI –

Ai sensi degli articoli 20 e 21 del vigente Accordo Collettivo Nazionale del 31.03.2020, per la disciplina dei rapporti coi Medici specialisti ambulatoriali, per i Medici veterinari e delle altre professionalità sanitarie (Biologi, Chimici, Psicologi), si rendono noti i turni di specialistica ambulatoriale disponibili presso le strutture della ASL di Teramo pubblicati/che verranno pubblicati in data 01.03.2022 sul sito aziendale. Gli interessati potranno visualizzare ed estrarre la documentazione occorrente sul sito web aziendale seguendo il presente percorso: [home page](#) → [Azienda](#) → [Medicina Convenzionata](#) → [Specialisti ambulatoriali](#) → [Turni di specialistica ambulatoriale per il conferimento di incarichi a tempo indeterminato 1°TRIMESTRE 2022](#), oppure, presso la home page aziendale nello spazio "IN PRIMO PIANO".

I medici specialisti, i medici veterinari e i professionisti aspiranti al/ai turno/i disponibile/i, dovranno inoltrare [dal giorno 1 al giorno 15 del mese di pubblicazione, pena l'esclusione](#), dichiarazione di disponibilità a mezzo raccomandata a.r. indirizzata a: ASL Teramo, Circonvallazione Ragusa n. 1, 64100 Teramo – specificando i turni disponibili ai quali si intende concorrere.

Gli specialisti interessati dovranno presentare [separata istanza per ogni turno](#) (spedite anche in unica busta ma con allegati per ogni singolo turno).

La domanda, redatta in carta libera, deve essere indirizzata al Direttore Generale della ASL di Teramo, Circonvallazione Ragusa, 1 – 64100 Teramo e [deve essere inoltrata esclusivamente](#) mediante una delle seguenti modalità:

a mezzo PEC al seguente indirizzo: cast@pec.aslteramo.it

- a mezzo raccomandata AR;

Per la dichiarazione di disponibilità spedita a mezzo raccomandata a.r. il rispetto del termine dovrà risultare esclusivamente dal timbro postale applicato sulla raccomandata.

I concorrenti dovranno allegare tutta la documentazione prevista dall'avviso di pubblicazione.

La ASL non terrà conto delle domande pervenute in difformità alle disposizioni di cui al presente avviso.

Non è ammessa la presentazione di documenti dopo la scadenza del termine utile per la presentazione delle domande di ammissione e l'eventuale riserva di invio successivo di documenti è priva di effetto.

Questa ASL non assume alcuna responsabilità in caso di dispersione o tardiva ricezione della domanda dovuti ad eventuali disguidi o ritardi postali. La domanda di partecipazione deve essere firmata in calce dal candidato. La domanda non sottoscritta dal candidato determinerà l'esclusione dalla procedura di selezione. La domanda di partecipazione deve essere, altresì, presentata unitamente alla fotocopia di un documento d'identità personale in corso di validità, a pena di esclusione. Si precisa che la validità dell'invio della domanda di partecipazione mediante posta elettronica certificata (PEC), così come stabilito dalla normativa vigente, è subordinata all'utilizzo, da parte del candidato, di propria casella di posta elettronica certificata. Non sarà, pertanto, ritenuto valido l'invio da casella di posta elettronica certificata non propria e/o da casella di posta semplice/ordinaria anche se indirizzata all'indirizzo di posta elettronica certificata sopra indicato. La domanda di partecipazione trasmessa a mezzo posta elettronica certificata dovrà essere inviata unitamente alla documentazione alla stessa allegata in un unico file formato pdf. La validità della trasmissione e ricezione della domanda e della documentazione trasmesse è attestata, rispettivamente, dalla ricevuta di accettazione e dalla ricevuta di avvenuta consegna.

La dichiarazione di disponibilità trasmessa a mezzo PEC dovrà essere firmata dal candidato in maniera autografa e scannerizzata oppure firmata digitalmente e inviata unitamente alla documentazione richiesta e al documento d'identità.

L'Amministrazione non assume la responsabilità in caso di impossibilità di apertura dei files.

Non verranno prese in considerazione dichiarazioni di disponibilità pervenute in modi diversi da quelli indicati.

Gli aspiranti al/ai turno/i, qualora si trovino in una delle posizioni di incompatibilità previste dall'art. 27 di cui al vigente Accordo Collettivo Nazionale o svolgano altre attività incompatibili che, sommate alle ore di incarico richieste, vengano a superare il massimale orario di n. 38 (trentotto) ore settimanali consentito dall'art.28 del vigente ACN del 31.03.2020, dovranno specificare nella domanda l'attività che sono disposti a cessare.

Si precisa che lo specialista ambulatoriale, il veterinario o il professionista può espletare attività ambulatoriale ai sensi del presente Accordo in una sola branca specialistica o area professionale con rapporto di lavoro convenzionato unico a tutti gli effetti, instaurato con una o più Aziende della stessa Regione o di Aziende di altra Regione. Le ore di attività sono ricoperte attraverso conferimento di nuovo incarico o aumenti di orario nella stessa branca o area professionale, o attraverso riconversione in branche diverse.

I requisiti previsti per il conferimento dell'incarico sono quelli elencati nell'art. 19 comma 4 del vigente ACN del 31.03.2020, che si allega alla presente informativa.

La procedura per il conferimento dei turni in argomento è quella prevista dagli artt. 20 e 21 del vigente ACN del 31.03.2020, che si allegano alla presente informativa.

Si informa, infine, che in mancanza delle disponibilità di cui all'art. 21, comma 2 del vigente ACN di categoria l'Azienda può conferire gli incarichi ai sensi del comma 4 dello stesso articolo.

Gli interessati nella nuova dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio e nell'autocertificazione informativa-allegato B (preordinate dalla scrivente ASL) dovranno dichiarare di essere consapevoli delle conseguenze derivanti dagli artt. 75 (decadenza dai benefici) e 76 (norme penali) del DPR 445/2000 in caso di responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi di cui ai richiamati articoli.

Qualora emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, a seguito di idonei controlli, ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000, il dichiarante decadrà dai benefici eventualmente conseguiti.

Per i turni pubblicati ai sensi dell'art. 20, comma 5 del vigente ACN—che richiedono il possesso di particolari capacità professionali e che saranno valutate secondo criteri definiti dalla competente Commissione Tecnica Aziendale—gli specialisti interessati dovranno presentare domanda, con allegata dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio e di -autocertificazione informativa-allegato B, entrambe ai sensi e per gli effetti "dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445", utili ed attinenti alla specificità della selezione (autocertificazione dettagliata attinente ai titoli di servizio, attestazione di strutture pubbliche, attestazione di strutture private accreditate, attestazione di istituti scientifici, attestazione di istituti universitari e corsi di partecipazione ad aggiornamento specifico).

Eventuali curriculum allegati dovranno essere prodotti in forma di autocertificazione ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del DPR 445/2000.

Al fine di procedere all'acquisizione diretta di stati, qualità personali e fatti presso l'amministrazione competente, ai sensi della normativa vigente (D.P.R. 445/2000 e L. 12.11.2011 n. 183) il candidato nell'autocertificazione informativa, nel dichiarare la capacità professionale richiesta, deve specificare in apposito spazio, la natura del rapporto di lavoro (se dipendenza, convenzione ACN specialistica ambulatoriale, collaborazione, volontariato, altro), le strutture presso le quali sono state effettuate, i servizi/le attività svolte, con indicazione del recapito delle medesime (denominazione, indirizzo, n. tel. e fax, ufficio di riferimento e, se possibile, il funzionario addetto) e con indicazione precisa delle attività numericamente ed effettivamente svolte e dell'esatto periodo di attività.

Si precisa che in applicazione della Legge 12 novembre 2011, n. 183, art. 15 (Legge di stabilità 2012), non saranno accettate certificazioni o attestazioni riferite a stati, qualità personali e fatti dei soggetti partecipanti alla procedura di selezione successive al 01.01.2012 e, in tal caso la mancata autocertificazione sulla capacità professionale comporterà l'esclusione dalla procedura di conferimento incarico.

Si precisa, infine, che ai sensi della citata legge n. 183/2011 i candidati non dovranno chiedere o produrre alla Pubblica Amministrazione certificazioni di stati, qualità personali o fatti che risultino in possesso alla stessa.

N.B. Gli aspiranti all'incarico, se titolari o se in una delle situazioni di priorità previste dall'art. 19, comma 2 lett.) a,b,c,d,e,f,g,j dovranno obbligatoriamente indicare l'anzianità di servizio.

Le dichiarazioni imprecise, incomplete, contraddittorie e prive del documento di riconoscimento NON saranno prese in considerazione.

Allegati:

- 1) fac-simile domanda
- 2) dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio ASL
- 3) allegato B autocertificazione informativa ASL
- 4) articolo 19 (pag. 31), l'art. 20, l'art. 21 e l'art. 27 dell'ACN del 31.03.2020.

IL FUNZIONARIO
RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO
(Dott. Francesca Cioci)



IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO
(Dr. Valerio F. Profeta)



IL DIRETTORE U.O.C.
(Dott. Francesco Baiocchi)



IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Maurizio Di Giosia)





ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE
CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

DIREZIONE TERRITORIALE
TERAMO

ASL TERAMO PROTOCOLLO UNICO
Posta in Arrivo



Prot. n.0149662/21 del 02/12/2021

Spett.le
COMITATO ZONALE PRESSO AUSL
c.a. Dott. Baiocchi Francesco
TERAMO

e, p.c. ALLA DIREZIONE REGIONALE ABRUZZO
L'AQUILA

Teramo, 1 dicembre 2021

OGGETTO: Pubblicazione del turno a tempo pieno per prestazioni di Medicina legale.

Ai sensi e per gli effetti delle vigenti disposizioni, si chiede la pubblicazione del turno di n. 38 ore settimanali, nella branca di Medicina legale, a tempo determinato per la durata di dodici mesi, con orario articolato su cinque giorni settimanali dal lunedì al venerdì.

Cordiali saluti

Il Direttore della Sede
F.to Avv. Katia PANELLA

RACCOMANDATA A. R. o PEC

OGGETTO: Dichiarazione **disponibilità** al conferimento di TURNO/I SETTIMANALE/I DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DISPONIBILE/I A TEMPO INDETERMINATO.

TRIMESTRE PUBBLICAZIONE: 1°/ 2022 (pubblicazione dal 01 al 15 del mese di marzo 2022)

BRANCA: _____

Il/La sottoscritto/a

Dr./Dr.ssa _____

nato/a il ____ / ____ / ____ a _____

residente a _____ in Via/Piazza n. _____

_____ CAP _____

n° tel. _____ n° cellulare _____ indirizzo PEC: _____

A1) Medico/Psicologo/Veterinario specialista ambulatoriale TITOLARE dell'incarico a **TEMPO INDETERMINATO/DETERMINATO** (depennare le voci che non interessano)

presso _____

a decorrere dal ____ / ____ / ____ per n° ____ ore settimanali

nella branca di _____

A2) Medico/Psicologo/Veterinario specialista Ambulatoriale TITOLARE dell'incarico a **TEMPO INDETERMINATO/DETERMINATO** (depennare le voci che non interessano)

presso _____

a decorrere dal ____ / ____ / ____ per n° ____ ore settimanali

nella branca di _____

A3) Medico/Psicologo/Veterinario specialista Ambulatoriale TITOLARE dell'incarico a **TEMPO INDETERMINATO/DETERMINATO** (depennare le voci che non interessano)

presso

a decorrere dal ____ / ____ / ____ per n° ____ ore settimanali

nella branca di _____

A4) Medico/Psicologo/Veterinario specialista Ambulatoriale TITOLARE dell'incarico a **TEMPO INDETERMINATO/DETERMINATO** (depennare le voci che non interessano)

presso

a decorrere dal ____ / ____ / ____ per n° ____ ore settimanali

nella branca di _____

Dichiaro di avere anzianità di servizio decorrente in maniera continuativa dal _____

Dichiaro di avere anzianità di servizio decorrente in maniera non continuativa come segue:

N.B.: in caso di incarico a tempo determinato conferito in applicazione del precedente ACN del 23.03.2015 e s.m.i. indicare se lo stesso è stato assegnato ai sensi dell'art. 23 comma 10 o comma 11.

B) PRESENTE / NON PRESENTE nella GRADUATORIA della specialistica ambulatoriale dell'anno corrente della provincia di TERAMO (depennare la voce che non interessa)

DICHIARA

La propria disponibilità a ricoprire l'incarico per il seguente turno settimanale **(gli interessati dovranno presentare separata domanda per ogni singolo turno** (spedite anche in unica busta)

(descrizione turno con indicazione ore, branca e sede)

Ai fini dell'individuazione delle priorità per l'attribuzione dei turni vacanti di cui agli artt. 20 e 21 dell'intesa conferenza Stato-Regioni 31.03.2020.

Dichiaro, inoltre, di essere disponibile a rimuovere eventuali incompatibilità rilevate.

Luogo e data _____

Firma

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,

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. 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/100 ☐ 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 nella branca specialistica o area professionale, come sostituto, incaricato provvisorio o incaricato a tempo determinato *(indicare il servizio svolto fino al 31 dicembre dell'anno precedente)*:

Branca specialistica o area professionale	presso (2)	n. ore	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 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

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. 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 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 al comitato di cui all'art. 18 dell'ACN, relative alle modificazioni intervenute nello stato professionale.