

## DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA

per i **Medici Specialisti e Odontoiatri** aspiranti all'inserimento  
nella graduatoria annuale degli aspiranti agli incarichi  
valida per l'anno 2013  
[www.specialistica.com](http://www.specialistica.com)

Marca da bollo

€ 14,62

- AL COMITATO ZONALE DI NAPOLI  
VIA ACQUAVIVA 41  
80143 NAPOLI

\_\_\_ / \_\_\_ sottoscritt\_ **Dott.**....., nato a.....

(prov.....), il..... Codice Fiscale.....

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

Via ..... n.....CAP.....

Telefono cellulare ..... Telefono fisso .....,

eventuale recapito diverso da inserire nelle graduatorie che saranno pubblicate sul BURC, o per comunicazioni

varie: Via ..... n. ....

CAP..... Città .....

### chiede

di essere incluso nella graduatoria dei medici specialisti e odontoiatri valida **per l'anno 2013**, secondo quanto previsto dall'art. 21 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 29 luglio 2009 con le modifiche e integrazioni dell'8 luglio 2010.

**per la branca di** .....

A tale fine acclude alla presente la seguente documentazione:

- Autocertificazione informativa
- n. .... documenti relativi ai titoli in suo possesso, valutabili ai fini della graduatoria
- Prospetto riassuntivo.

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

### **Avvertenze importanti**

- La domanda può essere presentata personalmente al Comitato Zonale; se, invece, e' 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.*
- Nel caso l'interessato sia in possesso di due o più titoli di specializzazione che consentano l'inclusione in più graduatorie, occorre presentare specifiche domande separate .

## AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto **Dott.**....., nato a.....  
(prov.....), il..... M.....F..... Codice Fiscale.....  
Comune di residenza.....(prov.....)  
Indirizzo Via ..... n..... Cap..... telefono.....

Dichiara, ai sensi del DPR 445/2000:

**1. di essere laureato in** ..... (medicina e chirurgia o odontoiatria)  
**con voto** ...../110 lode **SI'**  **NO**  (\*) **OPPURE con voto** ...../100 lode **SI'**  **NO**  (\*)  
presso l'Università di..... **in data**.....

**2. di essere abilitato all'esercizio della professione di**..... (medico chirurgo o odontoiatra) nella sessione..... presso l'Università di.....

**3. di essere iscritto all'Albo professionale dei medici chirurghi dal** ..... ovvero degli **odontoiatri dal** ..... presso l'Ordine provinciale di .....

(Agli odontoiatri si richiede di allegare alla domanda la fotocopia del tesserino d'iscrizione all'Albo ovvero un attestato d'iscrizione all'Ordine degli Odontoiatri.)

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

in..... **conseguita il**.....  
presso l'Università di..... **con voto**..... lode **SI'**  **NO**  (\*)

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

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

**(\*) Barrare con una X la casella che interessa**

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dal DPR 445/2000, 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 del Decreto Lgs 196/2003 e successive modificazioni, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

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

**PROSPETTO RIASSUNTIVO** (Per Medici specialisti e Odontoiatri)  
per la specifica delle attività svolte, ai sensi del vigente Accordo Collettivo Nazionale  
dalla data di specializzazione fino al 31/12/2011

(Non sono valide le attività inerenti gli Avvisi pubblici, gli incarichi di dipendenza con il SSN, le attività svolte presso strutture private e/o accreditate, i contratti, le consulenze Co.Co.Co., ecc. ovvero non è valida qualsiasi altra attività espletata, non regolata sul piano giuridico ed economico dall'Accordo Collettivo Nazionale).

dal dott. \_\_\_\_\_ nella branca di \_\_\_\_\_

in qualità di (1) \_\_\_\_\_ presso:

ASL\_\_\_\_ DSB\_\_\_\_ ore totali (2) \_\_\_\_\_ anno\_\_\_\_\_ ASL\_\_\_\_ DSB\_\_\_\_ ore totali\_\_\_\_\_ anno\_\_\_\_\_

ASL\_\_\_\_ DSB\_\_\_\_ ore totali \_\_\_\_\_ anno\_\_\_\_\_ ASL\_\_\_\_ DSB\_\_\_\_ ore totali\_\_\_\_\_ anno\_\_\_\_\_

ASL\_\_\_\_ DSB\_\_\_\_ ore totali \_\_\_\_\_ anno\_\_\_\_\_ ASL\_\_\_\_ DSB\_\_\_\_ ore totali\_\_\_\_\_ anno\_\_\_\_\_

ASL\_\_\_\_ DSB\_\_\_\_ ore totali \_\_\_\_\_ anno\_\_\_\_\_ ASL\_\_\_\_ DSB\_\_\_\_ ore totali\_\_\_\_\_ anno\_\_\_\_\_

ASL\_\_\_\_ DSB\_\_\_\_ ore totali \_\_\_\_\_ anno\_\_\_\_\_ ASL\_\_\_\_ DSB\_\_\_\_ ore totali\_\_\_\_\_ anno\_\_\_\_\_

per complessive ore \_\_\_\_\_

Per la specifica delle attività svolte, ai sensi del vigente **Accordo Collettivo Nazionale**, dalla data di specializzazione fino al 31/12/2011, nella medesima branca, presso le sottoindicate strutture, diverse dalle Aziende Sanitarie Locali (AO - AORN. - INAIL - SASN - Ministero della Difesa ecc.)

(Non sono valide le attività inerenti gli Avvisi pubblici, gli incarichi di dipendenza con il SSN, le attività svolte presso strutture private e/o accreditate, i contratti, le consulenze Co.Co.Co., ecc. ovvero non è valida qualsiasi altra attività espletata, non regolata sul piano giuridico ed economico dall'Accordo Collettivo Nazionale).

Struttura \_\_\_\_\_ ore tot.(2) \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_ in qualità di (1) \_\_\_\_\_

Struttura \_\_\_\_\_ ore tot.(2) \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_ in qualità di (1) \_\_\_\_\_

Struttura \_\_\_\_\_ ore tot.(2) \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_ in qualità di (1) \_\_\_\_\_

per complessive ore \_\_\_\_\_

(1) Specificare se trattasi di sostituzioni, incarichi provvisori o incarichi a tempo determinato conferiti ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la specialistica ambulatoriale

(2) Indicare solo il numero delle ore di servizio effettivamente svolte e non quello delle ore settimanali riportato nei contratti.

- Le ore di attività svolte negli anni antecedenti il 2011 vanno inserite (e comprovate) solo nel caso in cui NON siano già state inserite nelle domande relative agli anni precedenti.

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_, consapevole delle responsabilità penali previste dal DPR 445/2000, dichiara che tutti i dati e le situazioni sopraccitate corrispondono al vero.

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

Nel caso in cui lo specialista invia a mezzo raccomandata A.R., **sulla busta** deve riportare la seguente dicitura, possibilmente in basso a sinistra:

**DOMANDA D'INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA  
per MEDICI SPECIALISTI e ODONTOIATRI  
valevole per l'anno 2013**

**per la Brancha di \_\_\_\_\_**