

DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA: Specialisti Ambulatoriali, Veterinari e altre professionalità (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 (biologi, chimici, psicologi)

☐ **Primo inserimento**

☐ **Aggiornamento**

Marca da
bollo

ALL'Azienda Sanitaria di.....
.....

Il sottoscritto....., nato a.....
(prov.....)il.....M_F__Codice Fiscale.....
Comune di residenza.....(prov.....)
Indirizzon.....Cap.....
telefono.....
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..... 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.....

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	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

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..... 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 della Regione.....*
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*

INFORMATIVA

- La domanda, in bollo, deve essere spedita a mezzo raccomandata A/R o consegnata a mano o trasmessa con modalità telematica (se definita dalla Regione), al competente ufficio dell'Azienda sede del Comitato Zonale, ovvero al competente ufficio dell'Azienda individuata dalla Regione, entro e non oltre il 31 Gennaio di ciascun anno;
- Se la domanda è presentata personalmente al competente ufficio dell'Azienda 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.
- 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 via PEC. La ricevuta rilasciata dall'ufficio postale o dall'Azienda Sanitaria, se consegnata a mano, o la ricevuta di avvenuta consegna via PEC 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 delle ore di attività svolte, il periodo di svolgimento e l'Azienda/Ente presso la quale è stata svolta l'attività.
- 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.

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, 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.

MODALITÀ DI ESECUZIONE DELLE PRESTAZIONI PROTESICHE (PROTESI DENTARIE ED ORTODONTICHE) – ORTESI

1) Le parti riconoscono che, anche al fine di soddisfare le condizioni di eseguibilità degli interventi demandati allo specialista ambulatoriale, l'ambulatorio odontoiatrico dell'Azienda deve essere dotato di tutte le attrezzature tecnicamente indispensabili all'odontoiatra per un corretto e proficuo esercizio della specifica attività professionale finalizzata all'applicazione di protesi dentarie e ortodontiche, alla stregua delle indicazioni elencate in calce al presente documento.

2) Le parti, come presupposto essenziale per la qualificazione del Servizio e a garanzia della professionalità della categoria degli specialisti ambulatoriali, sottolineano l'esigenza che, nella individuazione dei laboratori odontotecnici da convenzionare con le Aziende, accertino con il massimo rigore la effettiva sussistenza presso i laboratori stessi delle condizioni organizzative, tecnicostrumentali e di personale idonee a garantire obiettivamente la qualità merceologica delle protesi, la loro funzionalità in relazione alle esigenze cliniche degli assistiti e la loro piena rispondenza alle prescrizioni dello specialista. In ogni caso i laboratori odontotecnici devono dimostrare di aver provveduto, alla registrazione presso il Ministero della Salute a norma dell'art. 11 commi 6 e 7 e dell'art. 13 commi 1 e 2 del Decreto Legislativo 24 febbraio 1997 n. 46, emanato in attuazione della direttiva comunitaria n. 93/42/CEE;

3) Le parti ribadiscono che tutti gli atti medici preventivi, contestuali e successivi all'applicazione delle protesi dentarie ed ortodontiche attengono alla piena ed esclusiva responsabilità professionale dello specialista odontoiatra.

In particolare, ferme restando le prerogative istituzionali degli organi sanitari delle Aziende, sono di esclusiva competenza dello specialista odontoiatra, secondo sua scienza e coscienza, nel rispetto delle norme deontologiche che regolano la professione:

- a. la predisposizione del piano di lavoro finalizzato all'applicazione della protesi;
- b. l'effettuazione di tutte le prestazioni medico-chirurgiche necessarie alla preparazione del cavo orale;
- c. la rilevazione delle impronte;
- d. la prescrizione, nell'ambito delle possibilità organizzative del servizio e avuto riguardo alle richieste degli assistiti, del tipo di protesi più rispondente alle esigenze cliniche degli assistiti stessi. Per la prescrizione medesima si utilizza il modulario prescritto dal Ministero della Sanità, in attuazione del Decreto Legislativo 24 febbraio 1997 n. 46, con la circolare DPS/16.AG./1772;
- e. la scelta dei materiali sanitariamente più opportuni;

- f. le conseguenti indicazioni tecnico-sanitarie per la realizzazione del manufatto da parte del laboratorio convenzionato;
- g. le operazioni di applicazione delle protesi;
- h. la verifica della qualità della protesi sia sul piano della rispondenza alle esigenze dell'assistito ed alla prescrizione e sia sul piano merceologico;
- i. le eventuali indicazioni tecnico-sanitarie per la sua rettifica;
- l. gli atti medici di controllo successivo ed il giudizio finale sulla idoneità della protesi.

In conseguenza di quanto sopra, si chiarisce che devono intendersi esclusi i rapporti professionali diretti tra l'assistito e il laboratorio odontotecnico convenzionato officiato dalla realizzazione della protesi e che laddove rapporti di tal genere dovessero instaurarsi la circostanza deve essere assunta come condizione risolutiva della convenzione con il laboratorio.

4) Le parti convengono che le Aziende, nelle fasi di svolgimento del piano di lavoro finalizzato all'applicazione delle protesi in cui lo specialista lo ritenga utile e solo in caso di sua esplicita richiesta, debbono garantire la presenza nell'ambulatorio di un odontotecnico diplomato del laboratorio convenzionato per lo svolgimento, in base alle indicazioni dello specialista stesso, delle attività ausiliarie consentite dalle leggi in vigore.

5) Le parti, al fine di perseguire la migliore produttività del servizio ed anche in relazione alle esigenze poste dalla necessità di programmare la collaborazione dell'odontotecnico diplomato, sottolineano l'opportunità che gli orari di svolgimento dell'attività specialistica ambulatoriale finalizzata all'applicazione delle protesi siano tenuti distinti da quelli in cui viene effettuata la normale attività del gabinetto dentistico.

6) Per l'attribuzione degli incarichi finalizzati all'esecuzione dell'attività protesica si richiamano le norme di cui all'art. 22 comma 4. Relativamente agli specialisti in servizio alla data del 16 ottobre 1984, l'esecuzione delle attività protesiche può essere affidata agli stessi nel caso che si dichiarino disponibili ad accettare aumenti di orario finalizzati allo svolgimento delle dette attività.

7) Le clausole del presente documento si estendono, con gli opportuni adattamenti, all'attività ortesica.

A) DOTAZIONE DEL GABINETTO ODONTOIATRICO:

- riunito dentale completo di poltrona con azzeramento, micromotore con manipolo, turbina con manipolo, lampada, siringa aspiratore, compressore;
- apparecchio radiografico endorale;
- servomobili;
- sgabello per operatore;
- sterilizzatrice;
- strumentario per visite, prevenzione, cure conservative (comprese quelle canalari), estrazioni, chirurgia orale ambulatoriale e paradontologia.

B) DOTAZIONE SPECIFICA PER PROTESI ED ORTESI:

- portaimpronte alluminio forate;
- portaimpronte anatomiche serie complete;
- alginato;
- materiale prima impronta;
- frese diamantate per preparazione turbo trapano;
- frese tungsteno per preparazione turbo trapano;
- ruotine per denti varie forme;
- ruotine per acciaio varie forme;
- punte montate per ritocco forme varie e tipi;
- ruotine diamantate varie forme;
- pinza universale;
- pinza Waldasch;
- pinza Adams;
- pinza piegafili;
- pinza tronchese;
- pinze ossivore;
- pinza Reynolds;
- martello leva-corone;
- scodelle per gesso ed alginato varie forme;
- spatole per cera grandi e piccole;
- spatole per cera Lecron;
- gesso dura per modelli;
- gesso extra duro rosa;
- gesso per ortodonzia bianco;
- corona provvisorio policarbonato;
- carta per articolazione blu e rossa;
- confezione cemento per fissaggio protesi;
- resine a freddo per provvisori;
- resina per riparazioni rapide;
- cera collante;
- resina per ribasare;
- cera per masticazione;
- cera per modellare;
- micromotore laboratorio per ritocchi protesi;
- spazzolini a feltro e tela per lucidare protesi;
- base platten argentate.