

ALL. A

1106

11 AGO, 2016

RACCOMANDATA A. R.

Marca da
Bollo

Al Servizio del Personale
Via Piero della Francesca, 1
09047 SELARGIUS

OGGETTO: Domanda di inclusione nella graduatoria straordinaria di Radiodiagnostica dell'ASL 8 di Cagliari Medici Specialisti Ambulatoriali interni per incarichi di sostituzione

Il Sottoscritto Dott. _____ (cognome) _____
 (nome) _____ nato a _____
 (prov. _____) il _____ residente nel Comune di _____ (prov. _____)
 _____) in Via _____ n° _____ Cap. _____ Tel. _____ Cell. _____
 _____ E-Mail _____

CHIEDE

secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali, Medici Veterinari ed altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi), ex art.8 del D. L.vo n.502/92 e successive modificazioni -

DI ESSERE INCLUSO NELLA GRADUATORIA STRAORDINARIA di RADIOLOGIA

a valere per l'anno **2016** della **ASL 8 di Cagliari** nel cui ambito territoriale intende ottenere incarico.

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole e accettare che:

- l'utilizzo della graduatoria straordinaria - per cui con la presente inoltra domanda di inserimento - sarà effettuato solamente nei casi in cui non sia possibile utilizzare la graduatoria approvata con deliberazione n. 594 del 22.06.2016 in quanto tutti i medici inseriti nella stessa non abbiano fornito disponibilità ad assumere gli incarichi proposti.
- Che, detta graduatoria straordinaria sarà stilata con l'unico fine di fronteggiare le necessità ed emergenze non risolvibili facendo riferimento alla graduatoria approvata con delibera n. 594 del 22.06.2016 e che, pertanto, per ogni ulteriore eventuale sostituzione nella branca di Radiodiagnostica si procederà ad utilizzare, nel rispetto di quanto previsto dall'ACN per la Specialistica Ambulatoriale 17.12.2015 sopracitato, in via prioritaria la graduatoria della branca di Radiodiagnostica vigente per l'anno 2016 approvata con delibera n. 594 del 22.06.2016, e che soltanto in caso di rinuncia da parte di tutti gli specialisti presenti nella sopracitata graduatoria, si ricorrerà allo scorrimento della graduatoria di specialisti ambulatoriali interni nella branca di Radiodiagnostica che verrà a formarsi a seguito dell'indizione dell'avviso pubblico di cui al presente atto.

A tal fine acclude alla presente la seguente documentazione:

- a) autocertificazione informativa;

- Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

la propria residenza

il domicilio sottoindicato:

c/o _____ Comune _____ Provincia _____

indirizzo _____ n° _____ CAP _____

Data _____ Firma per esteso _____

- **Ai fini dell'attribuzione del relativo punteggio, non si terrà conto delle dichiarazioni** dalle quali non è possibile dedurre i dati di valutazione.

- Se la domanda è presentata **personalmente** all'ufficio del Personale (Via Piero della Francesca, 1- 09047 SELARGIUS) la firma deve essere apposta all'atto della sua presentazione, avanti al dipendente addetto a riceverla.

- Se, viceversa, la domanda è inviata **per posta (Raccomandata A.R.** - Via Piero della Francesca, 1- 09047 SELARGIUS) o presentata **da un terzo** (ufficio del Personale -Via Piero della Francesca, 1- 09047 SELARGIUS), **deve essere già sottoscritta dall'interessato ed accompagnata dalla fotocopia non autenticata di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.**

N.B.: saranno escluse dalla graduatoria anche le domande:

- a) **inviata per raccomandata A/R e quelle consegnate da un terzo prive della fotocopia di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore e quelle non sottoscritte dall'interessato ;**
- b) **Inviata ad altri Enti.**

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA -

Il Sottoscritto Dott. (cognome) _____ (nome) _____
nato a _____ (prov. _____) il _____ residente nel
Comune di _____ (prov. _____) in Via _____ n°
_____ Cap. _____ Tel. _____ Cell. _____ cittadinanza

Dichiara, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445/00 e successive modificazioni:

1. di possedere il diploma di laurea della classe corrispondente in _____
(medicina e chirurgia o odontoiatria e protesi dentaria, medicina veterinaria, o biologia, o chimica, o
psicologia) con voto _____ conseguita presso l'Università di _____ in data

2. di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:

in _____ conseguita il _____ presso l'Università di
_____ con voto _____
in _____ conseguita il _____ presso l'Università di
_____ con voto _____

3. di essere iscritto all'Albo professionale dei _____ (dei medici chirurghi o degli
odontoiatri, presso l'Ordine provinciale/regionale di _____ dal _____

4. di essere abilitato all'esercizio della professione di _____ (medico
chirurgo o odontoiatra, medico veterinario o biologo, o chimico o psicologo) nella sessione
_____ presso l'università di _____

5. di non aver subito di aver subito provvedimenti disciplinari da parte delle competenti Commissioni di
Disciplina previste dall'attuale o dai precedenti Accordi.

Di non essere di essere soggetto ad alcun provvedimento restrittivo di natura disciplinare comminato
dall'Ordine _____, per il seguente provvedimento disciplinare -

DICHIARA inoltre

**di aver svolto le seguenti attività professionali nella branca o area Professionale (sostituzioni,
incarichi provvisori e a tempo determinato) effettuate ESCLUSIVAMENTE ai sensi del D.P.R. 271/00 e
dell'A.C.N. 23/03/2005 e AC.N. 29/07/2009 e 17/12/2015 s.m.i. :**

Dovrà essere dichiarato il n° totale delle ore effettivamente svolte al 31/12/2015.

Anno

Branca o area Professionale di _____ ASL _____ Poliambulatorio/Sede di _____
n. ore totali (effettivamente svolte) _____ dal _____ al _____

Anno

Branca o area Professionale di _____ ASL _____ Poliambulatorio/Sede di _____
n. ore totali (effettivamente svolte) _____ dal _____ al _____

Anno

Branca o area Professionale di _____ ASL _____ Poliambulatorio/Sede di _____
n. ore totali (effettivamente svolte) _____ dal _____ al _____

Anno

Branca o area Professionale di _____ ASL _____ Poliambulatorio/Sede di _____
n. ore totali (effettivamente svolte) _____ dal _____ al _____

Anno

Branca o area Professionale di _____ ASL _____ Poliambulatorio/Sede di _____
n. ore totali (effettivamente svolte) _____ dal _____ al _____

Anno

Branca o area Professionale di _____ ASL _____ Poliambulatorio/Sede di _____
n. ore totali (effettivamente svolte) _____ dal _____ al _____

Anno

Branca o area Professionale di _____ ASL _____ Poliambulatorio/Sede di _____
n. ore totali (effettivamente svolte) _____ dal _____ al _____

Anno

Branca o area Professionale di _____ ASL _____ Poliambulatorio/Sede di _____
n. ore totali (effettivamente svolte) _____ dal _____ al _____

Anno

Branca o area Professionale di _____ ASL _____ Poliambulatorio/Sede di _____
n. ore totali (effettivamente svolte) _____ dal _____ al _____

Anno

Branca o area Professionale di _____ ASL _____ Poliambulatorio/Sede di _____
n. ore totali (effettivamente svolte) _____ dal _____ al _____

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1106 DEL 11 AGO, 2016

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO *Dot.ssa Antonella Carreras* IL DIRETTORE SANITARIO *Dot. Pier Paolo Fani*
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO *Dot.ssa Savina Ortu*

Il presente allegato e composto di n° 5 fogli.



NOTE

Il sottoscritto dichiara di essere consapevole e accettare che:

- l'utilizzo della graduatoria straordinaria - per cui con la presente inoltra domanda di inserimento - sarà effettuato solamente nei casi in cui non sia possibile utilizzare la graduatoria approvata con deliberazione n. 594 del 22.06.2016 in quanto tutti i medici inseriti nella stessa non abbiano fornito disponibilità ad assumere gli incarichi proposti.
- Che, detta graduatoria straordinaria sarà stilata con l'unico fine di fronteggiare le necessità ed emergenze non risolvibili facendo riferimento alla graduatoria approvata con delibera n. 594 del 22.06.2016 e che, pertanto, per ogni ulteriore eventuale sostituzione nella branca di Radiodiagnostica si procederà ad utilizzare, nel rispetto di quanto previsto dall'ACN per la Specialistica Ambulatoriale 17.12.2015 sopracitata, in via prioritaria la graduatoria della branca di Radiodiagnostica vigente per l'anno 2016 approvata con delibera n. 594 del 22.06.2016, e che soltanto in caso di rinuncia da parte di tutti gli specialisti presenti nella sopracitata graduatoria, si ricorrerà allo scorrimento della graduatoria di specialisti ambulatoriali interni nella branca di Radiodiagnostica che verrà a formarsi a seguito dell'indizione dell'avviso pubblico di cui al presente atto.

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, afferma che quanto sopra corrisponde al vero.

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del Dlgs. n. 196/03 e successive modificazioni, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

(Data)

(Firma per esteso)