



## Regione Lombardia

### 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  
€ 16

All'Azienda  
di.....

Il sottoscritto....., nato a.....  
(prov.....)il.....M\_\_F\_\_Codice Fiscale.....  
Comune di residenza.....(prov.....)  
Indirizzo.....n.....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 **2021** 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.....)  
Indirizzo .....n.....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 ...../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, 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  
 \_\_\_\_\_

**Si rammenta che il conferimento dei dati personali richiesti risulta necessario per svolgere gli adempimenti relativi alla finalità del trattamento e, pertanto, in caso di rifiuto, il richiedente non potrà essere inserito nella graduatoria.**

Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata alla ASST di riferimento

Io sottoscritto/a dichiaro di aver ricevuto l'informativa che precede

Luogo, li ....

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta

**esprimo il consenso**  **NON esprimo il consenso** al trattamento dei miei dati personali inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

**esprimo il consenso**  **NON esprimo il consenso** alla comunicazione dei miei dati personali a enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa.

**Firma**.....

## **Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679**

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarla che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuta la ASST di riferimento.

### **Titolare del trattamento**

Il Titolare del trattamento è il Direttore Generale della ASST.

### **Responsabile della protezione dei dati (DPO)**

Il responsabile della protezione dei dati (DPO) il Responsabile del trattamento dei dati sono individuati dalla ASST.

### **Finalità del trattamento**

I dati personali da Lei forniti sono necessari esclusivamente all'espletamento da parte di questa Azienda della formazione della graduatoria provinciale valida per l'anno 2020 ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali, veterinari ed altre professionalità sanitarie convenzionate (psicologi, biologi, chimici) reso esecutivo dalla Conferenza Stato-Regioni in data 17 dicembre 2015.

### **Modalità di trattamento e conservazione**

Il trattamento sarà svolto in forma automatizzata, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 32 del GDPR 2016/679 e dall'Allegato B del D.Lgs. 196/2003 (artt. 33-36 del Codice) in materia di misure di sicurezza, ad opera di soggetti appositamente incaricati e in ottemperanza a quanto previsto dagli art. 29 GDPR 2016/679.

Le segnaliamo che, nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 GDPR 2016/679, previo il Suo consenso libero ed esplicito espresso in calce alla presente informativa, i Suoi dati personali saranno conservati per il periodo di tempo necessario per il conseguimento delle finalità per le quali sono raccolti e trattati.

### **Ambito di comunicazione e diffusione**

Informiamo inoltre che i dati raccolti non saranno mai diffusi e non saranno oggetto di comunicazione senza Suo esplicito consenso, salvo le comunicazioni necessarie che possono comportare il trasferimento di dati ad enti pubblici, a consulenti o ad altri soggetti per l'adempimento degli obblighi di legge.

I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito internet della regione Lombardia all'indirizzo: / servizi e informazioni / enti e operatori / sistema welfare / Personale del sistema sanitario e sociosanitario, convenzionati e formazione continua / pubblicazione graduatorie medicina convenzionata.

### **Trasferimento dei dati personali**

I suoi dati non saranno trasferiti né in Stati membri dell'Unione Europea né in Paesi terzi non appartenenti all'Unione Europea.

### **Categorie particolari di dati personali**

Ai sensi degli articoli 26 e 27 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli 9 e 10 del Regolamento UE n. 2016/679, Lei potrebbe conferire, al titolare del trattamento dati qualificabili come "categorie particolari di dati personali" e cioè quei dati che rivelano "*l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona*". Tali categorie di dati potranno essere trattate solo previo Suo libero ed esplicito consenso, manifestato in forma scritta in calce alla presente informativa.

### **Esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione**

Il Titolare del trattamento non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016.

### **Diritti dell'interessato**

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, il diritto di:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
- g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione.
- h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- j) proporre reclamo a un'autorità di controllo.

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

<b>Denominazione del Comitato</b>	<b>Aziende afferenti</b>	<b>Azienda sede del Comitato</b>
Comitato Zonale di Bergamo	ASST di Bergamo Est	ASST Papa Giovanni XXIII sede legale Piazza OMS, n. 1 24127 Bergamo (BG) tel.: 035/2673912 – 2673913 referente: M. Maini PEC: <a href="mailto:ufficioprotocollo@pec.asst-pg23.it">ufficioprotocollo@pec.asst-pg23.it</a> Sito web: <a href="http://www.asst-pg23.it">www.asst-pg23.it</a>
	ASST di Bergamo OVEST	
	ASST Papa Giovanni XXIII	
Comitato Zonale di Brescia	ASST Francia Corta	ASST degli Spedali Civili di Brescia sede legale Piazzale Spedali Civili n.1 Tel.030/3996921/920 <a href="mailto:convenzioni-lp@pec.asst-spedalivicivili.it">convenzioni-lp@pec.asst-spedalivicivili.it</a> Sito internet: <a href="http://www.comitatozonalebrescia.it">www.comitatozonalebrescia.it</a> ; sito istituzionale: <a href="http://www.asst-spedalivicivili.it">www.asst-spedalivicivili.it</a>
	ASST Garda	
	ASST degli Spedali Civili di Brescia	
Comitato Zonale di Como - Varese	ASST Lariana	ASST Lariana sede legale Via Napoleona, 60 22100 Como (CO)  tel. 031.751.585.111 Referente: Dott. Andrea Ferè tel. 031/585.8479 – 031/585.8480 e-mail: <a href="mailto:specialistiambulatoriali@pec.asst-lariana.it">specialistiambulatoriali@pec.asst-lariana.it</a>
	ASST Sette Laghi	
	ASST Valle Olona	
Comitato Consultivo Zonale di Lodi e Melegnano	ASST di Lodi	ASST di Lodi sede legale Piazza Ospedale,10 26900 Lodi (LO) Tel. 0371/251242 Dr.ssa Fernanda Dacco' 0371/ 251242 <a href="mailto:fernanda.dacco@asst.lodi.it">fernanda.dacco@asst.lodi.it</a> Dr.ssa Clara Riatti 0371/372556 Direttore UOC GSRU
	ASST Melegnano e della Martesana	
Comitato Zonale di Mantova - Cremona	ASST di Mantova	ASST di Mantova sede legale Strada Lago Paiolo n. 10 46100 Mantova (MN) Tel. 0379-464016 <a href="mailto:protocollogenerale@pec.asst-mantova.it">protocollogenerale@pec.asst-mantova.it</a>
	ASST di Crema	
	ASST di Cremona	

Comitato Zonale di Milano	ATS della Città Metropolitana di Milano	ASST Nord Milano Uffici Amministrativi Via Castelvetro,22 20154 Milano Tel.02/5799-5719/5267 <a href="mailto:Comitato.zonale.milano@pec.asst-nordmilano.it">Comitato.zonale.milano@pec.asst-nordmilano.it</a>
	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 Consultivo Zonale della Provincia di Milano	ASST Ovest Milanese	ASST Ovest Milanese - sede legale Via Papa Giovanni Paolo II – 20025 Legnano (MI) Tel. 0331/449602 – 612 Ref. dott. Andrea Colombo – Katia Asti –Silvia Pincirolì <a href="mailto:protocollo@pec.asst-ovestmi.it">protocollo@pec.asst-ovestmi.it</a>
	ASST Rhodense	
Comitato Zonale di Monza - Lecco	ASST di Monza	ASST di Monza sede legale Via Giambattista Pergolesi, 33 20052 Monza (MB) tel. 039/2339170- 034- 036 referenti:Anna Cotrufo e Paolo Stucchi PEC: <a href="mailto:protocollo@pec.asst-monza.it">protocollo@pec.asst-monza.it</a>
	ASST di Vimercate	
	ASST di Lecco	
Comitato Zonale di Pavia	ASST di Pavia	ASST di Pavia sede legale Viale Repubblica n. 34 27100 Pavia (PV) tel 0382 4319122 e 4319134 PEC: <a href="mailto:specialistica_ambulatoriale@pec.asst-pavia.it">specialistica_ambulatoriale@pec.asst-pavia.it</a>
Comitato Zonale di Sondrio	ASST della Valtellina e dell'Alto Lario	ASST della Valtellina e dell'Alto Lario sede legale Via Stelvio n. 25 23100 Sondrio (SO) Referente Giovanna Terribile tel. 0342 521133 fax: 0342-521024 <a href="mailto:protocollo@pec.asst-val.it">protocollo@pec.asst-val.it</a>
	ASST della Vallecamonica	

ALLEGATO B  
AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto....., nato a.....  
(prov.....) il.....M\_\_\_F\_\_\_Codice Fiscale.....  
Comune di residenza.....(prov.....)  
Indirizzo .....n.....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 (2)

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

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) 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 LA GIUNTA

DIREZIONE GENERALE WELFARE

COMUNICATO REGIONALE del 13/12/2019 - N° 126

**OGGETTO: PUBBLICAZIONE DEI FAC-SIMILI DELLE DOMANDE PER L'INSERIMENTO NELLE GRADUATORIE DEGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, DEI VETERINARI E DELLE ALTRE PROFESSIONALITÀ (BIOLOGI, CHIMICI E PSICOLOGI), VALIDI PER L'ANNO 2021.**

Ai sensi dell'art. 17 ACN vigente approvato in data 17/12/2015 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 (biologi, chimici e psicologi ambulatoriali) valide per l'anno 2021 dovranno essere inoltrate entro e non oltre il 31 gennaio 2020.

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

La domanda, in bollo, deve essere spedita a mezzo raccomandata A/R o consegnata a mano o inviata da una casella di 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.

Si precisa che anche gli specialisti ambulatoriali interni, i veterinari, i biologi, i chimici e gli psicologi residenti in Regione Lombardia o residenti in altre regioni dovranno presentare le domande al competente ufficio dell'Azienda sede di comitato zonale 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.

In ottemperanza all'ACN vigente si precisa che le graduatorie che riguardano i Professionisti (Biologi, Chimici, Psicologi e Psicoterapeuti) saranno Provinciali, pertanto i candidati interessati - siano essi residenti in Lombardia o in altre Regioni - dovranno presentare domanda a ciascun Ufficio competente delle Aziende sedi di Comitato Zonale di interesse.

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.

La marca da bollo presente sulla domanda dovrà essere annullata. In caso di presentazione di più domande indirizzate a diversi comitati zionali dovrà essere utilizzata una marca da bollo per ogni domanda. Verrà eseguito il controllo informatico sul numero della marca utilizzata.

Per l'accoglimento della domanda farà fede il timbro postale o il timbro apposto sulla domanda dall'ufficio protocollo 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, se consegnata a mano, 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.

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 17/12/2015 (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 17.12.2015 per servizio svolto si intende quello effettuato dal 2 ottobre 2000 fino al 31 dicembre 2019. 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.

#### **Sommario allegati:**

- domande per i medici specialisti ambulatoriali, i medici veterinari, le altre professionalità (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 sedi dei Comitati zionali 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](http://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.

Struttura	Dirigente
-----------	-----------

FIRMA: MARCO SALMOIRAGHI

Composto da 0 allegato/i

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge