

**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA:**  
**Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari e altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi)**

**ANNO 2023**

art. 19 dell'Accordo Collettivo Nazionale 31 marzo 2020 e ss.mm.ii. per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, i veterinari e le altre professionalità (biologi, chimici, psicologi)

**Primo inserimento**

**Aggiornamento**



AI COMITATO ZONALE DI PERUGIA  
Via Guerriero Guerra, 17/21  
06127 – Perugia  
pec: [aslumbria1@postacert.umbria.it](mailto:aslumbria1@postacert.umbria.it)

Il sottoscritto....., nato a.....  
(Prov.....) il.....M\_\_F\_\_Codice Fiscale.....  
Comune di residenza..... (Prov.....)  
Indirizzo .....n..... Cap.....  
Telefono.....  
E-MAIL.....  
PEC.....

**CHIEDE**

**di essere incluso nella graduatoria dei:**

- medici specialisti: branca di.....
- odontoiatri
- medici veterinari: area.....
- biologi
- chimici
- professionisti psicologi
- professionisti psicoterapeuti

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.....)

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. 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 essere cittadino del seguente Stato .....ed in possesso di uno dei requisiti di cui all'art. 38, commi 1 e 3bis del D.lgs n.165/2001 e s.m.i. (cfr. punto 1 delle "Avvertenze Generali");

di possedere  il diploma di laurea ovvero  la laurea specialistica della classe corrispondente in .....  
(medicina e chirurgia - odontoiatria e protesi dentaria - medicina veterinaria - scienze biologiche - chimica - psicologia) conseguita presso l'Università di..... in data...../...../.....;  
(cfr. punto 2 delle "Avvertenze Generali") con voto ...../110  senza lode  con lode;

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..... n. .... 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...../...../.....

ovvero - per la branca di Cure palliative - della certificazione regionale attestante l'esperienza triennale nella rete delle cure palliative, secondo quanto previsto dall'articolo 1, comma 522, della Legge 30 dicembre 2018, n.145, rilasciata dalla Regione..... il...../...../.....;

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 (tale incompatibilità non opera nei confronti dei medici che beneficiano delle sole prestazioni delle “quote A e B” del fondo di previdenza generale dell’ENPAM e degli altri enti previdenziali, ove previsto o che fruiscano dell’Anticipo della Prestazione Previdenziale - APP);

di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario;

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

(non è valutabile il servizio effettuato precedentemente al 2 ottobre 2000)

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell’art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, e del Regolamento Europeo 27 aprile 2016 n.2016/679/UE (art.13) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del presente procedimento.

Data.....

Firma .....

La domanda deve essere sottoscritta e trasmessa unitamente alla copia del documento di identità (pena esclusione).