**Bollo € 16 pagato con F23**

**ALL'AZIENDA U.S.L. TOSCANA SUD-EST**
**pec: ausltoscanasudest@postacert.toscana.it.**

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

art. 19 dell'Accordo Collettivo Nazionale 4 aprile 2024 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, i veterinari e le altre professionalità (biologi, chimici, psicologi)

☐ **Primo inserimento** ☐ **Aggiornamento graduatoria 2026**

Il sottoscritto……, nato a……
(prov……) il…… M___F___Codice Fiscale……
Comune di residenza…… (prov……)
Indirizzo ……n……Cap……
cellulare ……(obbligatorio)
PEC……e-mail……(obbligatorie)

chiede di essere incluso nella graduatoria dei:
*(deve essere presentata una domanda per ciascuna branca/area a cui l'interessato intende partecipare)*
☐ medici specialisti branca di……
☐ odontoiatri
☐ medici veterinari: area……
☐ biologi
☐ chimici
☐ professionisti psicologi
☐ professionisti psicoterapeuti
a valere per l'anno **2027**, relativamente al seguente ambito zonale nel cui territorio intende ottenere l'incarico (barrare una, più caselle o tutte le caselle):
☐ AREZZO
☐ GROSSETO
☐ SIENA
chiede di essere inserito nelle graduatorie di disponibilità, per il conferimento di incarichi provvisori, a tempo determinato o di sostituzione, di cui all'art. 19 comma 12 dell'ACN/2024, a valere per l'anno **2027**, relativamente al seguente ambito zonale nel cui territorio intende ottenere l'incarico (barrare una, più caselle o tutte):
☐ AREZZO
☐ GROSSETO
☐ SIENA

A tale fine acclude autocertificazione, relativa ai requisiti ed ai titoli valutabili ai fini della graduatoria, copia di un documento d'identità in corso di validità e **copia del modello F23 attestante il pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00 (campo codice Ufficio o Ente: TZ9 - campo codice tributo: 456T).**

Data…… Firma ……
(la firma può essere autografa o in formato digitale)

**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 3 bis del D.Lgs. n. 165/2001 e smi (vedi punto 1 "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 ……/……/……(vedi punto 2 "Avvertenze Generali") con voto ……/……☐ 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 …… a decorrere dalla data ……/……/……;

- di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:

1) …… conseguita il……/……/…… presso

l'Università di…… con voto ……/……☐ senza lode ☐ con lode;

2) …… conseguita il……/……/…… presso

l'Università di…… con voto……/……☐ senza lode ☐ con lode;

3) …… conseguita il……/……/…… presso

l'Istituto di…… (riconosciuto ai sensi degli artt. 3 e 35 della L. 18 febbraio 1989 n. 56) con voto……/……☐ senza lode ☐ con lode;

ovvero per la branca di Cure Palliative, della certificazione regionale attestante l'esperienza triennale nella rete delle cure palliative, secondo quanto previsto dall'art. 1 comma 522, della L. 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 nella medesima branca o area per cui si presenta domanda di inserimento nelle graduatorie a valere per l'anno 2027;
- di essere cessato dall'incarico di specialista ambulatoriale a tempo indeterminato in data_____;
- di avere svolto, ai sensi dell'ACN per la disciplina dei rapporti con gli Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari ed Altre Professionalità Sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali, presso Aziende Sanitarie ed altre istituzioni pubbliche (Inps, Inail, Ministero della difesa, SASN, ecc.) la seguente attività professionale nella branca specialistica, veterinaria o area professionale, in qualità di sostituto, incaricato provvisorio o incaricato a tempo determinato *(per il primo inserimento indicare il servizio svolto dal 2 ottobre 2000 fino al 31 dicembre **2025**– per l'aggiornamento inserire solo i servizi relativi all'anno **2025**)*:

| Branca specialistica/veterinaria 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, 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 firma può essere autografa o in formato digitale)

Allega:
- fotocopia non autenticata di un documento d'identità in corso di validità;
- copia dell'avvenuto pagamento dell'imposta di bollo di € 16,00, effettuato mediante utilizzo del mod. F23, compilato con i seguenti dati: **campo Ufficio o Ente: codice TZ9 - campo codice tributo: 456T.**

**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 2026. 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 Toscana.*
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 USL Toscana sud-est.*

**AVVERTENZE GENERALI**

***1.*** *Cittadini degli Stati membri dell'Unione Europea e loro familiari non aventi la cittadinanza di uno Stato membro che siano titolari del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente; cittadini di Paesi terzi che siano titolari del permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo o che siano titolari dello status di rifugiato ovvero dello status di protezione sussidiaria;*

***2.*** *Il titolo di specializzazione in psicoterapia di durata quadriennale, riconosciuto ai sensi degli articoli 3 e 35 della legge 18 febbraio 1989 n. 56 come equipollente al diploma rilasciato dalle corrispondenti scuole di specializzazione universitaria, deve intendersi valido in riferimento allo psicologo per la disciplina di psicologia ed al medico e allo psicologo per la disciplina di psicoterapia;*
*la certificazione regionale attestante quanto previsto dall'articolo 1, comma 522 della L. 30/12/2018 n. 145 e s.m.i., è titolo valido per l'inserimento nella graduatoria della branca di Cure palliative, sulla base dei requisiti previsti dal Decreto del Ministero della Salute 30 giugno 2021;*
*- ai sensi dell'art. 15-ter del D.L. 30 marzo 2023 n. 34 convertito con la L. 26 maggio 2023 n. 56, l'iscrizione in graduatoria è consentita ai laureati in Medicina e Chirurgia iscritti all'albo degli Odontoiatri ed ai laureati in Odontoiatria e Protesi Dentaria.*

***3.*** *Gli aspiranti all'inclusione nelle graduatorie 2027 devono presentare una domanda per ciascuna branca medica specialistica, veterinaria o area professionale cui sono interessati, nello stesso modulo potranno richiedere sia l'inserimento nella graduatoria formulata ai sensi dell'art. 19 comma 10, sia nella graduatoria di disponibilità di cui all'art. 19 comma 12, dell'ACN 04/04/2024, sempre a valere per l'anno 2027.*
*Per il primo inserimento in graduatoria il candidato dovrà riportare l'attività svolta ai sensi dell'ACN per la specialistica ambulatoriale interna dal 02/10/2000 al 31/12/2025. Per l'aggiornamento della graduatoria dell'anno 2026 il candidato dovrà riportare solo l'attività svolta nell'anno 2025.*

*4. La domanda e la dichiarazione sostitutiva di certificazione dovranno essere inviate, pena esclusione,* ***dall'01/01/2026 al 31/01/2026*** *tramite altra pec all'indirizzo di posta elettronica certificata:* ***ausltoscanasudest@postacert.toscana.it****. Alle stesse devono essere allegate copia di un documento d'identità in corso di validità e copia dell'avvenuto pagamento dell'imposta di bollo di* ***€ 16,00****, che dovrà essere effettuato mediante utilizzo del modulo F23, presso lo sportello bancario o postale, utilizzando i seguenti dati: c****ampo Ufficio o Ente: codice TZ9, campo codice tributo: 456T.***
*La mancata sottoscrizione della domanda o della dichiarazione sostitutiva, la trasmissione oltre il termine comporteranno l'esclusione dalla graduatoria. L'omissione o l'incompletezza dei dati comporterà 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 cui è stata svolta.*