

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
Regione Siciliana

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI TRAPANI**

Sede legale: Via Mazzini n. 1  
91100 TRAPANI



## **COMITATO ZONALE DI TRAPANI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI**

PRESSO SEDE: **AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE - TRAPANI**  
VIA CESARÒ, 125 C.S. ERICE - TEL. 0923/472487 – FAX 0923 472487

OGGETTO: Domanda di inclusione nelle graduatorie di Specialistica Ambulatoriale Interna e dei Veterinari - **Anno 2022**.

Si ricorda che, ai sensi dell'art. 19 dell'A.C.N. del 31/03/2020 che disciplina i rapporti con gli Specialisti Ambulatoriali Interni, i Veterinari e le altre Professionalità, gli Specialisti ed i Veterinari che aspirino a svolgere la propria attività presso questa A.S.P., devono inoltrare, **entro e non oltre il 31 gennaio 2021** esclusivamente **a mezzo PEC** o raccomandata A/R, apposita domanda, in bollo, redatta come da modello allegato.

La domanda di inclusione in graduatoria deve essere rinnovata di anno in anno e deve eventualmente contenere le dichiarazioni concernenti i titoli accademici o professionali che comportino modificazioni nel precedente punteggio a norma dell'Allegato 1 del citato A.C.N.

Si ricorda che, ai sensi dell'art. 19 comma 6 del vigente A.C.N., gli specialisti ambulatoriali, i veterinari ed i professionisti già titolari di incarico a tempo indeterminato **NON** possono fare domanda di inserimento nelle graduatorie per la medesima branca specialistica o area in cui già operano.

Le domande dovranno essere spedite al seguente indirizzo:

**PEC: [comitatozonaletrapani@pec.asptrapani.it](mailto:comitatozonaletrapani@pec.asptrapani.it)**

**COMITATO ZONALE TRAPANI** - Via Cesarò n.125 Casa Santa - 91016 Erice (TP).

Si ricorda, inoltre, che la domanda di inclusione nelle graduatorie dei professionisti **BIOLOGI, CHIMICI E PSICOLOGI AMBULATORIALI**, in possesso dei requisiti di cui all'art.19 dell'A.C.N. del 31/03/2020, devono essere inoltrate all'Assessorato Regionale della Sanità - Dipartimento Pianificazione Strategica - Servizio 1° "Personale del S.S.R. dipendente e convenzionato" - Piazza Ottavio Ziino, 24 - Palermo **e non al Comitato Zonale di Trapani**.

f.to IL PRESIDENTE DEL COMITATO ZONALE DI TRAPANI  
DOTT. VITTORIANO DI SIMONE

**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA ANNO 2022**

**Specialisti Ambulatoriali Interni e Veterinari**

Art. 19 dell'Accordo Collettivo Nazionale del 31 marzo 2020 per la disciplina dei rapporti con gli Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari ed altre Professionalità Sanitarie Ambulatoriali

**Primo inserimento**

**Aggiornamento**

Ultima domanda presentata per l'anno \_\_\_\_\_

Marca da  
bollo come da  
norme vigenti  
€ 16,00

**AL COMITATO ZONALE TRAPANI**  
**VIA CESARO', 125**  
**91016 ERICE (TP)**  
***comitatozonaletrapani@pec.asptrapani.it***

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) M  F   
C. F. \_\_\_\_\_ Comune di residenza \_\_\_\_\_  
(Prov. \_\_\_\_\_) Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_

**CHIEDE DI ESSERE INCLUSO/A NELLA GRADUATORIA DEI:**

**MEDICI SPECIALISTI ED ODONTOIATRI: BRANCA DI .....**

**MEDICI VETERINARI:**

- BRANCA Sanità Animale (AREA A)**
- BRANCA Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (AREA B)**
- BRANCA Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (AREA C)**

(Presentare una domanda per ogni singola branca e/o area)

a valere per l'anno **2022** relativamente all'ambito zonale di **TRAPANI** nel cui territorio intende ottenere l'incarico.

A tale fine acclude autocertificazione relativa ai requisiti ed ai titoli valutabili ai fini della graduatoria e copia della carta d'identità.

Chiede che ogni comunicazione sia 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/La sottoscritto/a....., nato/a 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/a italiano/a;
- di essere cittadino/a di altro Paese appartenente alla U.E.

(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*):

➤ 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/a all'esercizio della professione di.....  
(*medico chirurgo - odontoiatra - medico veterinario*) nella sessione.....  
presso l'Università di .....

di essere iscritto/a all'Albo professionale dei/degli..... (*medici  
chirurghi - odontoiatri - veterinari*) presso l'Ordine provinciale / regionale / nazionale  
di..... dal.....;

di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:

in..... conseguita il...../...../..... presso

l'Università di..... con voto..... senza lode con lode

in..... conseguita il...../...../..... presso

l'Università di..... con voto..... senza lode con lode

in..... conseguita il...../...../..... presso

l'Università di..... con voto..... senza lode con lode

*(Avvertenza importante - Nel caso l'interessato sia in possesso di due o più titoli di specializzazione che consentano l'inclusione in più graduatorie, occorre presentare **specifiche domande separate.**)*

- 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 o veterinario (art. 19 comma 6 del vigente A.C.N.);

#### DICHIARA

di avere effettuato le sottoindicate ore di attività come sostituto, incaricato provvisorio o incaricato a tempo determinato nella branca o area professionale di: \_\_\_\_\_ (\*\*)

**(\*\*)**NOTA BENE: **NON** devono essere indicati gli incarichi di dipendenza o le sostituzioni di dipendenza, né le borse di studio, né le consulenze svolte come libera professione, ma solo l'attività convenzionale resa ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari ed Altre Professionalità Sanitarie presso Aziende Sanitarie e istituzioni pubbliche che applicano il predetto A.C.N. (INAIL, INPS, Ministero della Difesa, SASN)

Le ore di attività svolte a seguito di conferimento di incarico regolato da norme diverse da quelle previste dall'A.C.N. vigente **NON** saranno valutate ai fini del punteggio.

Ciascun specialista/professionista deve indicare solo le ore di attività espletate nella branca di cui è in possesso del relativo titolo di specializzazione effettuate fino al 31 dicembre dell'anno precedente.

Nel caso di più titoli di specializzazione, inserire unicamente l'attività svolta nell'area o branca per la quale si presenta la domanda.

Le ore di attività svolte negli anni antecedenti il 2019 vanno inserite solo nel caso in cui **NON** siano già state inserite nelle domande relative agli anni precedenti.

Per coloro che hanno già presentato domande negli anni precedenti si terrà conto di quanto già dichiarato con l'ultima domanda presentata relativa all'anno che dovrà essere indicato nell'apposito campo in intestazione alla presente istanza.

**Non inviare curriculum vitae, pubblicazioni, dottorati, borse di studio, attestati di master e/o volontariato.**

Per l'attività svolta indicare con precisione nella sottostante tabella l'Amministrazione competente, indirizzo completo e telefono, elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni utili ad accertare la veridicità delle dichiarazioni prodotte (art. 43, comma 1, D.P.R. n. 445 del 28/12/2000).

A.S.P. / ENTI	DISTRETTI - PRESID	Totale ore svolte	Dal	Al

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere informato/a, 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 presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità** (art. 38 del D.P.R. n. 445/2000).

---

## **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 2022. 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 sulla GURS e sul sito istituzionale dell'ASP di Trapani.*
4. *L'art. 7 del D.Lgs. 196/03 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. *Il Titolare del trattamento dei dati è l'ASP di Trapani.*

### INFORMATIVA

- **La domanda, in bollo, deve essere spedita a mezzo PEC all'indirizzo comitatozonaletrapani@pec.asptrapani.it o a mezzo raccomandata A/R indirizzata al Comitato Zonale di Trapani, Via Cesarò 125 - 91016 Erice (TP) entro e non oltre il 31 Gennaio di ciascun anno (faranno fede la ricevuta PEC e la data di invio della raccomandata);**
- **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 fa presente che l'ufficio del Comitato Zonale riceve tutti i giovedì dalle ore 9.00 alle 13.00 e dalle 15.00 alle 17.00.**