

**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA DEI  
MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI ED ODONTOIATRI**  
art.21 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti  
Ambulatoriali ed altre professionalità ambulatoriali

**Raccomandata a.r.**

**AL COMITATO ZONALE DI MESSINA**  
c/o A.S.P. di Messina - Ex Ospedale Regina Margherita Viale della Libertà  
98121 MESSINA

Il sottoscritto Dott. ....  
nato a ..... (Prov. .... ) il .....  
M  F  Codice Fiscale .....  
Comune di residenza ..... (Prov. .... )  
indirizzo ..... CAP ..... Tel .....  
Recapito professionale nel Comune di.....(Prov. .... )  
indirizzo ..... CAP ..... Tel .....

Chiede di essere incluso nella graduatoria

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

di ..... per i medici specialisti ed odontoiatri  
indicare la branca o area professionale

a valere per l'anno 2018 relativa alla Provincia di Messina nel cui ambito territoriale intende ottenere  
incarico.

A tale fine acclude alla presente la seguente documentazione

- a) autocertificazione informativa;
- b) n. .... documenti relativi ai titoli in suo possesso, valutabili ai fini della graduatoria predetta e  
specificati nel prospetto interno.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso la propria residenza o il domicilio sotto indicato

c/o .....  
indirizzo ..... n. .... CAP .....  
Comune ..... Provincia .....

Data ..... Firma per esteso .....

**Avvertenze importanti**

- I documenti comprovanti il possesso dei titoli dichiarati devono essere in regola con le norme sull'imposta di bollo e le disposizioni di legge vigenti;
- Ai fini dell'attribuzione del relativo punteggio, la documentazione allegata deve essere tale da poterne consentire la valutazione e non si terrà conto di quella dalla quale non è possibile dedurre i dati di valutazione o di quella mancante rispetto a quanto dichiarato dall'aspirante;
- Se la domanda è presentata personalmente al competente ufficio del 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 sottoscritto.

## AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto Dott. ....

nato a ..... (Prov. .... ) il .....

M  F  Codice Fiscale .....

Comune di residenza ..... (Prov. .... )

indirizzo ..... CAP ..... Tel .....

Recapito professionale nel Comune di.....(Prov. .... )

indirizzo ..... CAP ..... Tel .....

Dichiara, ai sensi ed agli effetti della legge n.15/68 e successive modificazioni:

1. di possedere il diploma di laurea (DL) ovvero la laurea specialistica (LS) della classe corrispondente in ..... (medicina e chirurgia o odontoiatria e protesi dentaria o medicina veterinaria) con voto ...../110 (DL) ...../100 (LS) conseguito/a presso l'Università di..... in data.....
2. di essere abilitato all'esercizio della professione di..... (medico chirurgo o odontoiatra, o medico veterinario) nella sessione..... presso l'Università di.....
3. di essere iscritto all'Albo professionale..... (dei medici chirurghi e degli odontoiatri, o dei veterinari) presso l'Ordine provinciale/regionale di.....dal.....
4. 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 .....  
in ..... conseguita il ..... presso  
l'Università di ..... con voto .....  
in ..... conseguita il ..... presso  
l'Università di ..... con voto .....
5. di avere / non avere (1) subito provvedimenti disciplinari da parte delle competenti Commissioni di Disciplina previste dall'attuale o dai precedenti Accordi.

Di essere / non essere (1) soggetto ad alcun provvedimento restrittivo di natura disciplinare comminato dall'Ordine.....

In caso affermativo, specificare il provvedimento disciplinare:

.....



NOTE (3) .....  
.....  
.....  
.....

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, afferma che quanto sopra corrisponde al vero.

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 .....

- (1) cancellare la parte che non interessa
- (2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme del presente accordo
- (3) 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. 24, relative alle modificazioni nel proprio stato di servizio.**