

**valida per l'anno 2026**

(art. 19 – ACN 04 aprile 2024 )

per i Medici Specialisti e Odontoiatri

altre Professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi)

e Medici Veterinari

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO  
U. O. C. SPECIALISTICA AMBULATORIALE➤ ASL AVELLINO -UOC CURE PRIMARIE  
Specialistica Ambulatoriale

Prot. n.

Data

PEC : [protocollo@pec.aslavellino.it](mailto:protocollo@pec.aslavellino.it)

... / ... sottoscritt Dott. ....

(Cognome)

(Nome)

nato il ..... / ..... / ..... a..... (prov.....),

Comune di residenza..... (prov.....)

Via ..... n..... CAP.....

Telefono cellulare ..... Telefono fisso .....

PEC ..... E-mail .....

Via .....

CAP..... Città .....

 (Casella da barrare solo da chi presenta la domanda per la prima volta)**CHIEDE**

di essere inserito nella graduatoria valida per l'anno 2026, secondo quanto previsto dall'art. 19 dell'Accordo Collettivo Nazionale di cui all' ACN 04 aprile 2024, per la disciplina dei rapporti con i Medici specialisti ambulatoriali, Medici veterinari e altre professionalità (Biologi,Chimici,Psicologi)

**MEDICI** (Indicare una delle branche previste dall'Allegato 2 dell'Accordo Collettivo Nazionale) BIOLOGI CHIMICI PSICOLOGI PSICOTERAPEUTI**VETERINARI** Area: A (Sanità animale) B (Igiene degli alimenti) C (Igiene degli allevamenti)

Chiede che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:

Data.....

Firma per esteso.....

Inoltre esprime la propria  disponibilità  indisponibilità (barrare la voce che interessa) ad essere inserito/a nelle graduatorie di cui al comma 5 dell'art.19 del vigente A.C.N. (graduatorie di specialisti e veterinari disponibili all'eventuale conferimento di incarico a tempo determinato o all'affidamento di sostituzioni).

A tal proposito, il sottoscritto, consapevole delle responsabilità cui va incontro ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 colui che rilascia dichiarazioni false o mendaci,

### DICHIARA:

- 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. Igs n.165/2001 e s. m. i.

1. di essere laureato in ..... con voto ...../110,

lode Sì  NO  presso l'Università di..... in data.....

2. di essere abilitato all'esercizio della professione di.....

dal ..... presso l'Università di.....

3. di essere iscritto all'Albo professionale dei/gli ..... dal .....

presso l'Ordine provinciale/regionale di ..... n° iscrizione .....

#### 4. di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:

1^ specializzazione in..... conseguita il.....  
presso l'Università di..... con voto...../..... lode Sì  NO

2^ specializzazione in..... conseguita il.....  
presso l'Università di..... con voto...../..... lode Sì  NO

5. di non trovarsi nelle condizioni previste dall'art. 27, comma 1, lettere h) e l) ACN 04 aprile 2024.

6. di essere **specialista/professionista/veterinario ambulatoriale, titolare d'incarico a tempo indeterminato nella branca per la quale presenta la domanda**

per n. ..... ore settimanali presso ASL \_\_\_\_\_

o A.O. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_.

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

## PROSPETTO RIASSUNTIVO

per la specifica delle attività svolte, ai sensi del vigente Accordo Collettivo Nazionale dalla data di specializzazione fino al 31/12/2024 c/o ASL / AO / AORN / INAIL / SASN / MINISTERO DELLA DIFESA ecc., formulato ai sensi dell'art. 47 del DPR 445/2000 (dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà)

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ sottoscritt dott....., consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 76 DPR 445/2000, dichiara sotto la propria responsabilità, di aver effettuato, nella qualità di specialista/professionista ambulatoriale,

nella branca di \_\_\_\_\_ le sottoindicate ore di attività presso:

ASL/Struttura\_\_\_\_\_ DSB\_\_\_\_\_ ore totali \_\_\_\_\_ anno\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

ASL/Struttura\_\_\_\_\_ DSB\_\_\_\_\_ ore totali \_\_\_\_\_ anno\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

ASL/Struttura\_\_\_\_\_ DSB\_\_\_\_\_ ore totali \_\_\_\_\_ anno\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

ASL/Struttura\_\_\_\_\_ DSB\_\_\_\_\_ ore totali \_\_\_\_\_ anno\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

ASL/Struttura\_\_\_\_\_ DSB\_\_\_\_\_ ore totali \_\_\_\_\_ anno\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

ASL/Struttura\_\_\_\_\_ DSB\_\_\_\_\_ ore totali \_\_\_\_\_ anno\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

ASL/Struttura\_\_\_\_\_ DSB\_\_\_\_\_ ore totali \_\_\_\_\_ anno\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

ASL/Struttura\_\_\_\_\_ DSB\_\_\_\_\_ ore totali \_\_\_\_\_ anno\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

ASL/Struttura\_\_\_\_\_ DSB\_\_\_\_\_ ore totali \_\_\_\_\_ anno\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

ASL/Struttura\_\_\_\_\_ DSB\_\_\_\_\_ ore totali \_\_\_\_\_ anno\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

ASL/Struttura\_\_\_\_\_ DSB\_\_\_\_\_ ore totali \_\_\_\_\_ anno\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

ASL/Struttura\_\_\_\_\_ DSB\_\_\_\_\_ ore totali \_\_\_\_\_ anno\_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

per complessive ore \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di aver preso atto dell'informativa sul trattamento dei dati personali, riportata in calce alla presente domanda, ai sensi del GDPR Regolamento UE 2016/679 e autorizza al trattamento dei dati personali forniti esclusivamente per i fini della pubblicazione riportati nella suddetta informativa.

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A ALLEGA LA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITÀ.**

Data \_\_\_\_\_

Firma per esteso \_\_\_\_\_

Allegato n°3

**MODULO PER L'ATTESTAZIONE DI PAGAMENTO DI BOLLO DOVUTA PER LA PRESENTAZIONE DI ISTANZE  
ALLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE**

Il sottoscritto consapevole che le false dichiarazioni, la falsità degli atti o l'uso di atti falsi sono punibili ai sensi del codice penale art. 75 e 76 del DPR 28.12.2000 n.445

Dichiedo la presente dichiarazione, astenendo ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000 N.445 quanto segue:

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NAZIONE \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_

VIA/VIAZIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

DICHIARAZIONE

- Di aver provveduto al pagamento dell'imposta dovuta per la Istanza di Interfacciamento graduatoria - Regionale o Attendale per la renditura convenzionata;
- Numero identificativo della marca da bollo \_\_\_\_\_
- Di tenere a conoscenza che l'Auditor componente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate, pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

Luogo e data:

Ri�ma autografa leggibile