

**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA**  
(art.8 dell'Accordo Collettivo Nazionale)

**Raccomandata a.r.**

**AL COMITATO ZONALE SPECIALISTI AMBULATORIALI DI MESSINA**

C/o Azienda U.S.L. n.5 di Messina – Ex Ospedale Regina Margherita  
Viale della Libertà  
98100 MESSINA

(scrivere a macchina o a stampatello)

OGGETTO: Domanda di inclusione nella graduatoria di .....  
(scrivere la branca specialistica)  
della provincia di ..... per l'anno 2005 per svolgere la propria attività presso le strutture del Servizio Sanitario Nazionale ai sensi dell'Accordo Collettivo Nazionale con i medici specialisti ambulatoriali.

Il sottoscritto Dott. ....  
chiede ai sensi dell'art.8 del vigente A.C.N. con i medici specialisti ambulatoriali, di essere incluso per l'anno 2005 nella graduatoria di ..... (scrivere la branca specialistica) relativa alla Provincia di ..... nel cui ambito territoriale intende ottenere incarico ambulatoriale.

A tal fine dichiara, ai sensi e per gli effetti della legge 4 gennaio 1968, n.15 e successive modificazioni ed integrazioni:

1. di essere nato a ..... (Prov. .... ) il .....
2. di essere residente nel Comune di ..... (Prov. .... )  
in via ..... CAP ..... Tel .....
3. di essere laureato in ..... (medicina e chirurgia o odontoiatria)  
con voto ..... Presso l'Università di ..... in data .....
4. di essere abilitato all'esercizio della professione di ..... (medico chirurgo o odontoiatra) nella sessione ..... presso l'Università di .....
5. di essere iscritto all'Albo professionale ..... (dei medici chirurghi o degli odontoiatri) presso l'Ordine Provinciale di ..... dal .....
6. 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 .....



DICHIARA ANCORA DI  
(barrare la voce che interessa)

- |  |    |    |
|--|----|----|
| a) avere un rapporto di lavoro subordinato presso qualsiasi ente pubblico o privato con divieto di libero esercizio professionale  | SI | NO |
| b) svolgere attività medico-generica in quanto medico di libera scelta a ciclo di fiducia iscritto negli elenchi previsti dalla convenzione unica dei medici generici  | SI | NO |
| c) essere iscritto negli elenchi dei medici pediatri di libera scelta  | SI | NO |
| d) esercitare la professione medica con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfetariamente presso Enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole normative ed economiche dell'accordo stesso | SI | NO |
| e) operare a qualsiasi titolo in case di cura convenzionate con l'Azienda (in caso affermativo indicare l'Azienda .....)   | SI | NO |
| f) svolgere attività fiscali per conto di Aziende (in caso affermativo indicare l'Azienda .....)   | SI | NO |
| g) avere una qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta con case di cura private ed industrie farmaceutiche   | SI | NO |
| h) di percepire indennità di rischio in base ad altro rapporto lavorativo (in caso di risposta affermativa indicare il tipo di attività svolta e la misura dell'indennità percepita) .....<br>.....  | SI | NO |

---

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale – come richiamate dall'art.26 della legge 4 gennaio 1968 n.15, nel caso di dichiarazioni mendaci – afferma che quanto sopra corrisponde al vero.

.....  
(Data)

.....  
(Firma per esteso)

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 sottoscrittore.

N.B. – La presente domanda, con le appropriate modificazioni, è utilizzata anche per le comunicazioni che annualmente i titolari di incarico devono inviare ai Comitati di cui all'art.11.