

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

**ANNO 2026**

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**



AI COMITATO ZONALE DI PERUGIA  
Via Guerriero Guerra, 17/21  
06127 – Perugia  
pec: [aslumbria1@postacert.umbria.it](mailto:aslumbria1@postacert.umbria.it)

Il sottoscritto....., nato a.....  
(Prov.....) il.....M\_\_F\_\_ Codice Fiscale.....  
Comune di residenza..... (Prov.....)  
Indirizzo .....n..... Cap.....  
Telefono.....  
E-MAIL.....  
PEC.....

**CHIEDE**

**di essere incluso nella graduatoria dei:**

- medici specialisti: branca di.....
- odontoiatri
- medici veterinari: area.....
- biologi
- chimici
- professionisti psicologi
- professionisti psicoterapeuti

A tale fine acclude autocertificazione, relativa ai requisiti ed ai titoli valutabili ai fini della graduatoria  
Chiede che ogni comunicazione venga 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 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 3bis del D.lgs n.165/2001 e s.m.i. (cfr. punto 1 delle "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...../...../.....;  
(cfr. punto 2 delle "Avvertenze Generali") con voto ...../110  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..... n. .... dal.....;

di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:

..... conseguita il...../...../.....  
presso l'Università di..... con voto.....  senza lode  con lode

..... conseguita il...../...../.....  
presso l'Università di..... con voto.....  senza lode  con lode

..... conseguita il...../...../.....  
presso l'Università di..... con voto.....  senza lode  con lode



- si prega di non allegare curricula e/o documentazione riguardante corsi d'aggiornamento o attività di lavoro dipendente, Avvisi Pubblici, Co.Co.Co., a progetto, e altre tipologie di contratto non comprese nell'ACN della Medicina Specialistica, nonché attività presso strutture private o per altro tipo di convenzioni (Medicina Generale) in quanto non sono valutabili.
- non è valutabile il servizio effettuato precedentemente al 2 ottobre 2000

di  essere  non essere disponibile per incarichi provvisori, a tempo determinato o per sostituzioni – art. 19, comma 12 ACN/2024 ;

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 domanda deve essere sottoscritta e trasmessa unitamente alla **copia del documento di identità**.

### **MOTIVI DI ESCLUSIONE**

Costituiscono motivi di esclusione:

- La mancanza dei requisiti generali e specifici richiesti dall'ACN/2024 per l'inserimento nelle singole graduatorie;
- La mancanza della firma nella domanda;
- La mancanza del documento di identità;
- La mancata apposizione marca da bollo - Art 19, comma 3, ACN/2024;
- La mancata inclusione, alla domanda, del documento di riconoscimento (identità) in corso di validità, trattandosi di un elemento costitutivo dell'autocertificazione;
- La presenza di dichiarazioni mendaci eventualmente riscontrate a seguito dei controlli effettuati dall'Amministrazione circa il contenuto delle dichiarazioni rilasciate anche in merito a servizi prestati a titolo diverso rispetto a contratti di Specialistica Ambulatoriale.

**DA COMPILARE E TRASMETTERE OBBLIGATORIAMENTE A MEZZO PEC  
ATTENENDOSI ALLE INDICAZIONI RIPORTATE IN CALCE**

**DICHIARAZIONE**

ai sensi ed agli effetti dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i.

Il/la sottoscritto/a.....

nato/a a.....Prov. .... Il.....

Indirizzo P.E.C. ....

Con riferimento alla domanda presentata per:.....

**DICHIARA**

- sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione non veritiere, di avere assolto al pagamento di bollo di euro 16,00 tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo sul cartaceo della presente, trattenuto presso il/la sottoscritto/a.
  
- che la marca da bollo applicata di euro 16,00 ha il seguente identificativo:  
N. IDENTIFICATIVO ..... DATA ...../...../.....
  
- di essere a conoscenza che l'amministrazione competente potrà effettuare controllo sulla domanda presentata e pertanto si impegna a conservare l'originale della domanda.

Data

Firma per esteso

.....

.....