Al Comitato Zonale di Latina

a norma dell'art. 21 comma 1. la domanda va spedita dal 1° al 15° giorno dello stesso mese della pubblicazione: marzo, giugno, settembre e dicembre

Il sottoscritto: ☐ - **MEDICO SPECIALISTA** ☐ - **MEDICO VETERINARIO**

☐ - **BIOLOGO** ☐ - **CHIMICO** ☐ - **PSICOLOGO**

Dott. ..... nato/a a .....

(prov. di .....) il ....Codice Fiscale:.....

INDIRIZZO presso il quale si vuole ricevere ogni comunicazione:

Via/Piazza/Largo ..... n. .....

Comune.....Prov.....CAP.....tel.....

Cell.....e-mail.....

PEC.....@.....

n° codice ENPAM (o altro Ente Prev.le): ..... laureato/a in: ..... il:....., iscritto all'Albo/Ordine..... di: ..... dal: ....., in possesso del titolo di specializzazione nella branca specialistica di: .....

conseguita presso l'Università di:..... ..il: .....

ai sensi dell'art. 21 dell'A.C.N. 31.03.2020

MANIFESTA LA PROPRIA DISPONIBILITA' PER IL CONFERIMENTO INCARICO A TEMPO INDETERMINATO:

☐ **branca medica di:** .....

☐ **attività professionale sanitaria di:** .....

Ed in particolare fa domanda di: (barrare con una X l'opzione interessata nel rispetto della propria posizione come previsto dall'art. 21 ACN 31.03.2020, riportato a pagina 4 del presente modulo per conoscenza)

☐ aumento orario - *titolare di incarico a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale (Roma e Provincia)*

☐ aumento orario - *titolare di incarico a tempo indet. in diverso ambito zonale della regione o di regione confinante*

☐ trasferimento - *titolare di incarico a tempo indeterminato in regione non confinante*

☐ passaggio in altra branca della quale è in possesso di spec.ne - *(già titolare a tempo indeterminato)*

☐ primo incarico a tempo indeterminato - *titolare convenzionato tempo ind. presso Ministero Difesa all'art. 21 co. 2 lett. g)*

☐ primo incarico a tempo indeterminato - (***posizione inserita nella graduatoria di cui all'art.19*** *in vigore il primo giorno utile per la presentazione della domanda)*

☐ primo incarico a tempo indeterminato - *medico di medicina generale, medico specialista pediatria libera scelta, medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale*

(Indicare di seguito, secondo l'ordine di preferenza i turni pubblicati)

1) ASL ..... branca ..... ore settimanali: .....

presidio:.....

con orario:.....

2) ASL ..... branca ..... ore settimanali: .....

presidio:.....

con orario:.....

3) ASL ..... branca ..... ore settimanali: .....

presidio:.....

con orario:.....

4) ASL ..... branca ..... ore settimanali: .....

presidio:.....

con orario:.....

5) ASL ..... branca ..... ore settimanali: .....

presidio:.....

con orario:.....

6) ASL ..... branca ..... ore settimanali: .....

presidio:.....

con orario:.....

LA COMPILAZIONE DI QUESTO SPAZIO E' RISERVATA ESCLUSIVAMENTE AL TITOLARE A TEMPO INDETERMINATO CHE AUTOCERTIFICA ai sensi del DPR 445/00 e s.m.i.

DI SVOLGERE GIA' L'ATTIVITA' INDICATA in pubblicazione

presso la ASL..... Presidio/Servizio .....

ai fini della attribuzione del turno vacante richiesto al punto n. ___ n. ___ n. ___ n. ___ di pag. 2 del presente modulo pubblicato con commissione (art. 20 co. 5 ACN 31.03.2020)

applicazione disposizione circolare Regionale prot. 610461 del 4.11.2014

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

il sottoscritto dichiara inoltre:

☐ **di essere già titolare di incarico ambulatoriale a tempo indeterminato, ACN dal:** .....

Presso .....

(Riportare di seguito gli incarichi di titolarità attualmente svolti):

ASL/Ente	Presidio	ore sett.	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato

AVVERTENZE

I TITOLARI CHE TROVASI IN SOVRAPPOSIZIONE DI ORARIO TRA I TURNI IN ATTO E I TURNI RICHIESTI DOVRANNO, **PENA L'ESCLUSIONE DELLA DOMANDA,** ALLEGARE ALLA STESSA LA RICHIESTA DI VARIAZIONE O RIDUZIONE DELL'ORARIO DI SERVIZIO DEL TURNO SVOLTO, USO PRELAZIONE, COMPLETA DEL RELATIVO BENESTARE DEL RESPONSABILE DEL SERVIZIO; LA RICHIESTA DI CUI SOPRA DOVRA' ESSERE PARIMENTI INOLTRATA AL PROPRIO UFFICIO PERSONALE A CONVENZIONE PER IL SEGUITO DI COMPETENZA;

☐ **di non essere titolare di pensione;**

☐ **di non avere altro rapporto di lavoro, a qualsiasi titolo, con strutture pubbliche o strutture private accreditate;**

☐ **di essere titolare o incaricato di altro rapporto di lavoro convenzionale o di dipendenza con strutture pubbliche o private;**

☐ **di essere:** ☐ **Dipendente Servizio Sanitario Nazionale**

☐ **Medico di Medicina Generale**

☐ **Pediatra di Libera Scelta**

☐ **Medico di Medicina dei Servizi**

☐ **Medico di Continuità Assistenziale**

☐ **tempo determinato** ☐ **tempo indeterminato** **dal** .....

Presso.....

Note:.....

.....

I dati inseriti valgono quale autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000 e non saranno prese in considerazione specificazioni od altre indicazioni scritte al di fuori dei campi indicati.

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INFINE:

consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 e s.m.i. **sulle responsabilità penali** cui può andare incontro chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal vigente T.U. sopracitato, che **quanto affermato nel presente modulo di domanda corrisponde al vero;**

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

N.B. allegare fotocopia di documento di identità in corso di validità.