

COMITATO CONSULTIVO ZONALE
MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI
DELLA PROVINCIA DI LATINA
Tel: 07736556552 - Fax: 07736553427
comitato.zonale@ausl.latina.it

Latina, li 04/12/2020

Prot. n. asl.it/95430 /Asl-Latina/2020 - Albo n° 58

* Oggetto: INTEGRAZIONE PUBBLICAZIONE TURNI VACANTI IV° TRIMESTRE 2020 -

I medici interessati agli incarichi specialistici di cui alla tabella allegata al presente bando dovranno dichiarare la propria disponibilità, utilizzando l'apposito modulo allegato alla domanda dal 1° al 15° GIORNO DEL MESE DI DICEMBRE tramite pec: concorsi@pec.ausl.latina.it o con lettera raccomandata A/R da indirizzare al:

COMITATO CONSULTIVO ZONALE c/o A.U.S.L. Latina
Centro Direzionale Commerciale "Latina Fiori" - Palazzina G2
Viale Pier Luigi Nervi s.n.c. - 04100 LATINA.

L'attribuzione dei turni disponibili a tempo indeterminato e a tempo determinato avviene secondo i criteri stabiliti dall'art. 20 del nuovo Accordo Medici Specialisti Ambulatoriali siglato in data 31/03/2020.

Gli specialisti aspiranti agli incarichi di seguito evidenziati dovranno inoltrare domanda all'indirizzo su specificato, con le modalità ed i termini suddetti.

Nella domanda, lo specialista aspirante all'incarico a tempo determinato, dovrà attestare di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 27 del citato Accordo.

IL PRESIDENTE
Dr. Giuseppe Visconti*
*firma autografa sostituita a
mezzo stampa ai
sensi dell'art. 3, comma 2.
D.Lgs. 39/1993



TABELLA TURNI VACANTI - IV TRIMESTRE 2020

| BRANCA | TURNO IN ORE | GIORNO E ORARIO | SEDE | STRUTTURA | DISPONIBILITÀ / COMPETENZE | NOTE |
|----------------------------|-----------------|--|----------|--------------------|-------------------------------|------|
| Neuropsichiatria Infantile | 12:00 | LUNEDÌ: 9:00 – 15:00 MERCOLEDÌ: 9:00 – 15:00 | Fondi | T.S.M.R.E.E. | | |
| Neuropsichiatria Infantile | 18:00 | LUNEDÌ: 9:00 – 15:00 MERCOLEDÌ: 9:00 – 15:00 VENERDÌ: 9:00 – 15:00 | Priverno | Centro N.P.I. | | |
| PSICHIATRIA | 12:00 | LUNEDÌ: 8:30 – 14:30 MERCOLEDÌ: 8:30 – 14:30 | Formia | C.S.M. | | |
| PSICHIATRIA | 10:00 | LUNEDÌ: 9:00 – 12:00 MERCOLEDÌ: 9:00 – 13:00 VENERDÌ: 9:00 – 12:00 | Latina | Casa Circondariale | | |

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 INOLTATA 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 dei Servizi

☐ Medico di Medicina Generale

☐ Medico di Continuità Assistenziale

☐ Pediatra di Libera Scelta

☐ 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.