

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

Latina, li 29 NOVEMBRE 22

Prot. n. /Asl-Latina/2022 - Albo n° 65

\* Oggetto: PUBBLICAZIONE TURNI VACANTI 4° TRIMESTRE 2022 -

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 2022 tramite pec: [concorsi@pec.ausl.latina.it](mailto:concorsi@pec.ausl.latina.it) da indirizzare alla:

UOC RECLUTAMENTO DEL PERSONALE  
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 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 indeterminato, dovrà attestare di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 27 del citato Accordo.

IL PRESIDENTE  
Dott. Sergio Parrocchia

TABELLA TURNI VACANTI IV° TRIMESTRE 2022

BRANCA	TURNI IN ORE	ORARIO	SEDE	STRUTTURA	COMPETENZE
DERMATOLOGIA	4,00	Martedì 9.00 - 13.00	Sezze	Casa della Salute	
ENDOCRINOLOGIA	12,00	Lunedì 8.00 - 14.00 Martedì 8.00 - 14.00	Fondi Terracina	Poliambulatorio	
ENDOCRINOLOGIA	12,00	Mercoledì 8.00 - 14.00 Giovedì 8.00 - 14.00	Gaeta	Poliambulatorio	Competenze diabetologiche per attività del PDTA
NEUROLOGIA	12,00	Da concordare	Gaeta	C.A.D.	
OCULISTICA	18,00	Lunedì 8.00 - 17.00 Mercoledì 8.00 - 17.00	Gaeta	Poliambulatorio	
OCULISTICA	12,00	Martedì 8.00 - 14.00 Giovedì 8.00 - 14.00	Minturno	Poliambulatorio	
OCULISTICA	6,00	Lunedì 8.00 - 11.00 Lunedì 11.30 - 14.30	Pontinia Sabaudia	Poliambulatorio	
ODONTOIATRIA	8,00	Lunedì 9.00 - 13.00 Giovedì 9.00 - 13.00	Latina	Casa Circondariale	Indicare eventuale attività prestata presso case circondariali.
ORTOPEDIA	8,00	Lunedì 9.00 - 13.00 Mercoledì 9.00 - 13.00	Priverno Sezze	Casa della Salute	
PNEUMOLOGIA	10,00	Lunedì 9.00 - 14.00 Martedì 9.00 - 14.00	Aprilia	Casa della Salute	

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 (<sup>LATINA</sup> ~~Roma~~ 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. \_\_\_\_ 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.**