

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:

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

MANIFESTA LA PROPRIA DISPONIBILITÀ 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)

LATINA

aumento orario - titolare di incarico a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale (Romagna 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 PARIMENTE 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 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.