

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. **VIGENTE**

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 **VIGENTE** riportato a pagina 4 del presente modulo per conoscenza)

- ☐ aumento orario - titolare di incarico a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale (~~Roma~~ ^{Latina} 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 **VIGENTE**)
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

A V V E R T E N Z E

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 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.