

**DOMANDA DI DISPONIBILITA' TURNI VACANTI SPECIALISTICA AMBULATORIALE A
TEMPO INDETERMINATO**

RACCOMANDATA A.R. o PEC

COMITATO CONSULTIVO ZONALE ASL TARANTO

Viale Virgilio, 31

74121 Taranto (TA)

PEC: perconvenzionato.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it

Il sottoscritto

- | | | |
|----------------------|---------------|-----------|
| - MEDICO SPECIALISTA | - VETERINARIO | |
| - BIOLOGO | - PSICOLOGO | - CHIMICO |

Dott. nato/a a
(prov. di) il Codice fiscale:
N° Codice ENPAM (o di altro Ente Prev.le: indicare quale) :
laureato/a in: il , iscritto/a all'Albo/Ordine
dei/degli (indicare quale): di: dal: , in
possesto di specializzazione nella branca specialistica/scuola univ. di spec.ne in:
..... conseguita presso l'Università
di: il:
indirizzo residenza: città: cap: prov:
telefono: cellulare: e-mail:
eventuale indirizzo diverso dalla residenza presso il quale si vuole ricevere ogni
comunicazione:

presenta domanda di:

**Conferimento incarico ai sensi dell' art. 19 dell'A.C.N. del 17.12.2015 e successive integrazioni e
modificazioni, per la:**

- ☐ **Branca medica di:**
- ☐ **Altra attività prof.le sanitaria di:**

Ed in particolare fa domanda di: (barrare con una X l'opzione interessata nel rispetto della propria posizione come previsto dall'art. 19 A.C.N. del 17.12.2015 e successive integrazioni e modificazioni, riportato per informativa a pagina 4 del presente modulo)

- ☐ aumento orario nello stesso ambito zonale (compresi INAIL e SASN)- art. 19 comma 2 lett. a;
- ☐ aumento orario da diverso ambito zonale (compresi INAIL e SASN) - art. 19 comma 2 lett. b;
- ☐ trasferimento da diverso ambito zonale (compresi INAIL e SASN)- art. 19 comma 2 lett. c;
- ☐ riunificazione ore in unica branca (solo per titolari in più branche) - art. 19 comma 2 lett. d;
- ☐ passaggio in altra branca della quale è in possesso di specializzazione - art. 19 comma 2 lett. e;
- ☐ titolare a tempo indeterminato che svolga altra attività compatibile - art. 19 comma 2 lett. f;

☐ medici, veterinari e professionisti iscritti nelle graduatorie di cui all'art.17 - art. 19 comma 2 lett. h;

☐ trasformazione rapporto di lavoro (MMG,PLS e Dipendenti SSN) - art. 19 comma 2 lett.i;

Per il conferimento dei turni di seguito indicati secondo l'ordine di preferenza sotto specificato:

1)DISTRETTO/SEDE.....branca.....presidio:.....
orario:.....
totale ore sett.li:

2)DISTRETTO/SEDE.....branca.....presidio:.....
orario:.....
totale ore sett.li:

3)DISTRETTO/SEDE.....branca.....presidio:.....
orario:.....
totale ore sett.li:

4)DISTRETTO/SEDE.....branca.....presidio:.....
orario:.....
totale ore sett.li:

ATTENZIONE

Qualora lo spazio di cui sopra risultasse insufficiente l'interessato potrà riportare le scelte successive nel rispetto dell'ordine consequenziale di preferenza, su un foglio debitamente firmato e datato, allegato alla presente - NON SPEDIRE SEPARATAMENTE ALTRI MODULI DI DOMANDA.

A tal fine il/la sottoscritto/a dichiara: (Barrare con una X la parte in interesse):

☐ - di essere titolare di incarico ambulatoriale a tempo indeterminato, dal:

☐ - di essere titolare di altro incarico a tempo indeterminato previsto dai criteri di prelazione di cui

all'art. 19 (specificare la data di decorrenza incarico:

per cui indica di seguito le modalità dell'incarico in atto svolto ai sensi della prelazione prevista dall'art. 19 dell'ACN vigente:

Provincia	A.S.L./ENTI	Presidio	N° ore sett.li	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato

☐ - di non essere titolare o incaricato di altro rapporto di lavoro, a qualsiasi titolo, con strutture pubbliche o strutture private accreditate;

Indirizzo, email, recapiti telefonici dell'Ente (obbligatorio):.....

.....
.....
.....

EVENTUALI ULTERIORI SPECIFICAZIONI IN MERITO ALLA PRESENTE DOMANDA:.....

.....
.....
.....
.....

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DOTT./SSA CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI
PENALI IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, Afferma che quanto sopra affermato
CORRISPONDE AL VERO.

DATA:

FIRMA(PER ESTESO):