

a norma dell'art. 21 comma 1 la domanda - **IN FORMATO PDF** - va inviata 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:.....  
**RESIDENZA:**  
Via/Piazza/Largo ..... n.....  
Comune.....Prov..... CAP..... Cell.....  
e-mail.....  
PEC.....@..... (obbligatorio)

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:** .....
- professionalità 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,)

- aumento orario ( lett.a ) titolare di incarico a tempo indet. nello stesso ambito zonale (Roma e Provincia)
- aumento orario ( lett.b ) titolare di incarico a tempo indet. in diverso ambito zonale della regione o di regione confinante
- trasferimento ( lett.c ) titolare di incarico a tempo indeterminato in regione non confinante
- passaggio in altra branca ( lett. e ) della quale è in possesso di spec.ne - (già titolare a tempo indeterminato)
- primo incarico a tempo indeterminato ( lett.g ) titolare convenzionato tempo ind. presso Ministero Difesa
- primo incarico a tempo indeterminato ( lett.h ) posizione inserita nella GRADUATORIA vigente
- primo incarico a tempo indeterminato ( lett.i ) specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui all'art. 19
- primo incarico a tempo indeterminato ( lett.j ) medico di medicina generale, medico specialista pediatria libera scelta, medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale
- NORMA FINALE N.7 (odontoiatri) – anzianità d'incarico a tempo determinato, incarico provvisorio o incarico di sostituzione dal ..... e di aver svolto almeno tre anni di attività convenzionale ai sensi dell'ACN NELLA BRANCA DI ODONTOIATRIA: dal ..... Al ..... , c/o .....**

(Indicare di seguito, secondo l'ordine di preferenza i turni pubblicati)

1) ASL Roma ..... branca ..... ore settimanali: ..... presidio:..... con orario:.....
2) ASL Roma ..... branca ..... ore settimanali: ..... presidio:..... con orario:.....
3) ASL Roma ..... branca ..... ore settimanali: ..... presidio:..... con orario:.....
4) ASL Roma ..... branca ..... ore settimanali: ..... presidio:..... con orario:.....
5) ASL Roma ..... branca ..... ore settimanali: ..... presidio:..... con orario:.....
6) ASL Roma ..... 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: .....

Nella BRANCA DI : .....

Presso .....

(Riportare di seguito gli incarichi di titolarità a tempo indeterminato attualmente svolti):

ASL/Ente	Presidio	Tot. ore sett.	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato

**AVVERTENZE PER I TITOLARI**

IN CASO DI SOVRAPPOSIZIONE ORARIA TRA I TURNI IN ATTO E I TURNI RICHIESTI, E' NECESSARIO ALLEGARE IL NULLA OSTA ALLA VARIAZIONE ORARIA COMPILANDO L'APPOSITO MODULO ALLEGATO (all.1) ALLA PRESENTE DOMANDA DI PARTECIPAZIONE. **IL MANCATO INVIO DEL MODULO ALLEGATO, ADEGUATAMENTE COMPILATO IN OGNI SUA PARTE, COMPORTA L'ESCLUSIONE DELLA DOMANDA DALLA PROCEDURA DI ASSEGNAZIONE.**

EVENTUALI CESSAZIONI/RIDUZIONI ORARIE DELL'INCARICO IN ATTO DEVONO ESSERE ESPRESSAMENTE DICHIARATE NELLA PRESENTE DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA **SEZIONE NOTE** .

di non essere titolare di pensione;

di non avere altro rapporto di lavoro, a qualsiasi titolo, con strutture pubbliche o strutture private;

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: .....

.....

.....

**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;**

N.B. allegare fotocopia di documento di identità in corso di validità.

Data..... Firma per esteso .....

Responsabile Sanitario

Dott. \_\_\_\_\_

Ufficio Personale a Convenzione

ASL \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a .....

Titolare di incarico a tempo indeterminato presso codesta Azienda, nella branca di ..... per n. ore \_\_\_\_ come di seguito articolate:

Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	domenica

**CHIEDE****LA VARIAZIONE ORARIO - USO PRELAZIONE PER DOMANDA TURNI COMITATO ZONALE DI ROMA E PROVINCIA**

come di seguito indicata:

Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	domenica

*N.B. - la variazione orario avrà seguito, solamente in caso il/la sottoscritto risultasse assegnatario/a del turno pubblicato al Comitato Zonale di Roma e sarà cura dello scrivente comunicare l'esito della procedura.*

Firma \_\_\_\_\_

Il Responsabile  
Sanitario

 autorizza non autorizza

Ufficio Personale a Convenzione  
ASL \_\_\_\_\_

PRESA VISIONE

(timbro)