Mitt. Dr. ……
Via ……
……..

Al Comitato Zonale Specialistica Ambulatoriale
ASL BR
72100 BRINDISI

OGGETTO: Domanda di conferimento incarico nella Branca di …….

Il sottoscritto Dott. ……..……..……, nato a ……..……..… il …….. e residente in …….. (prov. ……..) alla via …… n. ….. CAP …… tel ……, laureato in …….. presso l'università di ……. in data ……/……/….. con voto ……, specializzato in ……..……, in data ……/……/…….. presso l'università di ……. vista la pubblicazione dei turni vacanti del …… trimestre anno ……. avvenuta con nota prot. n. …… del ……..,

comunica

la propria disponibilità di acquisizione (se si tratta di più turni, indicarli con l'ordine di preferenza)

N. ore _____ branca di _____ c/o Distretto S.S. N. _____

N. ore _____ branca di _____ c/o Distretto S.S. N. _____

N. ore _____ branca di _____ c/o Distretto S.S. N. _____

N. ore _____ branca di _____ c/o Distretto S.S. N. _____

a tal fine dichiara ai sensi dell'art. 46 DPR n. 445/2000 sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni false o comunque non corrispondenti al vero (art. 76 del DPR n. 445/2000):

☐ di essere già titolare di incarico di specialista ambulatoriale a tempo indeterminato e/o determinato

- di n. ore _____ dal _____ al _____presso _____
- di n. ore _____ dal _____ al _____presso _____
- di n. ore _____ dal _____ al _____presso _____

con anzianità di servizio dal …… e pertanto di fare domanda ai sensi dell'art. 23 comma 1) lettera …….. dell'ACN in vigore;

☐ di essere medico specialista ambulatoriale titolare di pensione a carico di Enti diversi dall'ENPAM sin dal ……. Con anzianità di servizio riconosciuto dal …..….. al …….. pertanto di fare domanda ai sensi dell'art. 23 comma 1 lettera i) dell'ACN in vigore;

☐ di essere:

a) titolare di medicina generale, dal_____ presso _____

b) medico titolare specialista pediatria di libera scelta, dal _____ presso _____

c) medico titolare di medicina dei servizi, dal _____ presso_____

d) medico titolare di continuità assistenziale, dal _____ presso_____

e) medico dipendente di struttura pubblica, dal _____ presso_____

con rapporto di lavoro a tempo indeterminato

Le categorie di medici descritti sub a)- b) -c) -d) -e) –che partecipano ai sensi dell'art. 23 comma 1 lettera l) dell'ACN in vigore - devono essere in possesso del titolo di specializzazione nella branca e dichiarare, altresì, la disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro

☐ di essere inserito nella Graduatoria Provinciale della Specialistica Ambulatoriale di cui all'art. 21 dell'ACN della provincia di Brindisi per l'anno ……. Al posto n. ……. Con punti …….. pertanto di fare domanda ai sensi dell'art. 23 comma 10 dell'ACN in vigore

☐ di non essere inserito nella Graduatoria Provinciale della Specialistica Ambulatoriale di cui all'art. 21 dell'ACN della provincia di Brindisi per l'anno ……. pertanto di fare domanda ai sensi dell'art. 23 comma 11 dell'ACN in vigore

Il sottoscritto dichiara inoltre, ai fini della rilevazione di eventuali incompatibilità previste dall'art. 15 dell'ACN :

a) di esercitare la professione medica con rapporto di lavoro autonomo, retribuito in misura forfetaria c/o Enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al S.S.N. e che non adottino le clausole normative ed economiche dell'A.C.N. vigente di settore;

SI NO

b) di operare a qualsiasi titolo nelle Case di Cura convenzionate o accreditate con il SSN (in caso affermativa indicare la ASL di appartenenza _____);

SI NO

c) di svolgere attività fiscali per conto di AA.SS.LL.;

SI NO

d) sia titolare di rapporto convenzionale disciplinato dal DPR n. 119/88 e s.m. o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art.8 c. 5 del D.L.vo n. 502/92 e s.m.;

SI NO

e) sia proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il SSN ai sensi del DPR n. 120/88 e s.m., ovvero accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e s.m.;

SI NO

f) operi a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti o istituzioni private convenzionate o accreditate con le aziende per l'esecuzione di prestazioni specialistiche effettuate in regime di autorizzazione sanitaria ai sensi dell'art. 43 della Legge n. 833/78 e dell'art. 8 ter del D.L.vo n. 229/99;

SI NO

g) sia titolare di incarico nei servizi di guardia medica ai sensi del DPR n. 292/87 e s.m. o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e s.m.

SI NO

EVENTUALI ANNOTAZIONI DEL SANITARIO O PROFESSIONISTA IN MERITO ALLA PRESENTE DOMANDA

_____

_____

_____

_____

_____

il/la sottoscritto/a Dott. ……..…… consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci, afferma che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero.

N.B.: IL MANCATO PUNTUALE RISPETTO DELLE PROCEDURE O LA MANCATA ASSUNZIONE DELL'INCARICO NEL CONFERMARE LA DISPONIBILITÁ, COMPORTERANNO A CARICO DELLO SPECIALISTA/PROFESSIONISTA LA SANZIONE DELLA SOSPENSIONE PER UNO O QUATTRO TURNI TRIMESTRALI DEL DIRITTO DI PRELAZIONE EX ART. 23 DELL'A.C.N. VIGENTE – (Rif. NOTA ASSESSORILE REGIONE PUGLIA n. 24/7739/116/16 DEL 3 Aprile 1992)

Si allega alla presente copia del proprio documento di identità

DATA …… FIRMA (per esteso) _____