



ASL Brindisi

PugliaSalute

Dirigente Responsabile U.O.S. Gestione Amministrativa
del Personale Convenzionato: Dott. Gaetano Santoro

Funzionario Istruttore : Rag. Maria Lupoli
Tel. 0831536771-785-fax 0831536765
e-mail: maria.lupoli@asl.brindisi.it

10 DIC. 2021

Prot. n. 100363

Brindisi, _____

OGGETTO: art. 45- indennità di disponibilità.

Ai Direttori dei DSS:

Brindisi

Fasano

Francavilla Fontana

Mesagne

All'Ufficio Relazioni con il Pubblico

Loro sedi

L'art. 45 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (Biologi, Chimici, Psicologi) ambulatoriali, ratificato in data 31/03/2020, – Indennità di disponibilità ai sensi dell'art. 45 dell'ACN in vigore – dispone quanto segue:

1.comma 3 - l'indennità di cui al presente articolo è corrisposta mensilmente agli specialisti ambulatoriali, ai veterinari ed ai professionisti a tempo indeterminato con rapporto di lavoro di almeno **12 ore** settimanali instaurato con una o più Aziende

Il medico specialista ambulatoriale interno, il veterinario o il professionista ambulatoriale, potrà presentare domanda **dal 1° gennaio al 15° Gennaio di ogni anno**, presso ciascuna Azienda di cui si è titolari, con una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante l'esclusività del rapporto di lavoro.

Si dispone la pubblicazione della presente sul sito Aziendale e si invitano, contestualmente, i Direttori dei Distretti Socio Sanitari ad assicurarne la massima diffusione.

Il Dirigente Amministrativo
U.O.S. Convenzioni
(Dott. Gaetano Santoro)

Al Direttore Generale

Al Dirigente
U.O.S. Personale Convenzionato
VIA NAPOLI, 8
72100 Brindisi
personale.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it

Oggetto: dichiarazione sostitutiva atto notorio esclusività rapporto lavoro-**anno 2022-**

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa , nato/a
a il e residente a in
via ,
laureato/a in Medicina e Chirurgia il ,
specializzato/a in ,
iscritto/a all'Albo della Provincia di
.....,PEC
con incarico di Specialista Ambulatoriale interno a tempo indeterminato presso
..... per un numero di ore settimanali,

Ai sensi e agli effetti dell' art. 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, di falsità negli atti e di uso di atti falsi, così come stabilito dall'art. 76 del DPR n.445/2000, e consapevole delle decadenze dai benefici eventualmente conseguiti a seguito di provvedimenti adottati sulla base della dichiarazione non veritiera, sotto la propria personale responsabilità

Dichiara

che non svolgerà attività libero professionale (fatto salvo quanto previsto all'art. 42 dello stesso ACN) nel corso dell'anno 2022 nel rispetto delle previsioni normative dell'art. 45. Chiede pertanto di poter fruire dei benefici economici previsti dall'Articolo 43 comma 1 Lettera B comma 15 o dall'Articolo 44 comma 1 lettera B comma 11 del suddetto ACN.

Data,

firma

Si allega:

1) copia del documento d'identità.