

Mitt.
Dr.

Via
.....

bollo € 16,00

Al Comitato Zonale Specialistica Ambulatoriale
ASL BR
Via Napoli, 8
72100 BRINDISI
personale.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it

OGGETTO: Domanda di conferimento incarico nella Branca di

Il sottoscritto Dott., nato a il e
residente in (prov.) alla via..... n.
CAP tel ,indirizzo PEC
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 **2^ trimestre anno 2022**
avvenuta con nota prot. n. del

comunica

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

N. ore	Branca di :	c/o Distretto S.S. di	Pubblicate a tempo : indeterminato/determinato

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):

Il sottoscritto deve indicare esclusivamente una delle seguenti priorità:

☐ di essere già titolare di incarico di specialista ambulatoriale a tempo indeterminato :

- 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. 21 comma 2) lettera dell'ACN in vigore;

☐ di essere inserito nella Graduatoria REGIONALE vigente della Specialistica Ambulatoriale - di cui all'art. 19 dell'ACN – Branca di..... per l'anno 2022 al posto n. con punti e di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato ai sensi dell'art. 21 comma 2 lettera h) dell'ACN in vigore ;

☐ di non essere inserito nella Graduatoria REGIONALE vigente della Specialistica Ambulatoriale di cui all'art. 19 dell'ACN, pertanto di fare domanda di partecipazione, alle ore pubblicate a tempo indeterminato, ai sensi dell'art. 21 comma 2 lettera i) dell'ACN in vigore

☐ di essere:

- a) titolare di medicina generale, dal _____ presso _____,
- b) medico titolare specialista pediatra di libera scelta, dal _____ presso _____,
- c) medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale dal _____ presso _____,

e dichiara:

con rapporto di lavoro a tempo indeterminato ai sensi dell'art. 21 comma 2 lettera j) dell'ACN in vigore - di essere in possesso del titolo di specializzazione nella branca alla quale partecipa e la disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro

Il sottoscritto dichiara inoltre, ai fini della rilevazione di eventuali incompatibilità previste dall'art. 27 dell'ACN :

- a) sia titolare di altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario; SI NO
- b) sia proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il SSN, ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni; SI NO
- c) esercita attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale o sia titolare o compartecipi di quote di imprese o società anche di fatto che esercitano attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale; SI NO
- d) svolge attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta; SI NO
- e) sia titolare di incarico a tempo indeterminato di cui all'art. 21 e svolge contemporaneamente incarico a tempo determinato di cui all'art. 22 ; SI NO
- f) esercita la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo, retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al SSN e che non adottino le

clausole economiche del presente Accordo e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi; SI NO

g) svolge funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale; SI NO

h) fruiscia del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al Decreto 15 ottobre 1976 del Ministero del lavoro e della previdenza sociale; SI NO

i) opera, a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il SSN ; SI NO

j) sia titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n.502 e successive modificazioni ed integrazioni; SI NO

k) sia iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni; SI NO

l) fruiscia di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente; 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, UNA VOLTA CONFERMATA LA DISPONIBILITÀ, 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)

di esprimere il proprio assenso al trattamento dei dati acquisiti attraverso la presente domanda, nel rispetto di quanto previsto dalla Legge n. 675 del 31/12/1996 e successive modificazioni ed integrazioni : SI NO

Si allega alla presente copia del proprio documento di identità

DATA

FIRMA (per esteso) _____