FAC SIMILE

ASL FG -
AREA GESTIONE RISORSE UMANE
U.O. PERSONALE CONVENZIONATO
Via Michele Protano snc
71121 FOGGIA
comitatozonalefoggia@mailcert.aslfg.it

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI TURNI DISPONIBILI – pubblicazione GIUGNO 2020

Dichiarazione ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445
da presentare unitamente ad una copia di un documento di identità (OBBLIGATORIO)

(da presentare dal giorno 1 al giorno 15 GIUGNO 2020)

Il Sottoscritto Dott. _____

nato a _____

Il _____ residente in _____

Via _____ n. _____

Cellulare _____

P.E.C. _____

(obbligatoria ai sensi della Legge n. 2 del 28/01/2009 e successiva Legge n. 221/2012)

Specializzato in _____

Data di specializzazione _____

CHIEDE

() di partecipare ai sensi dell'art. 21 del vigente ACN – INCARICO A TEMPO INDETERMINATO

BRANCA: _____

SEDE _____ ORE _____

() di partecipare ai sensi dell'art. 22 del vigente ACN – incarico a tempo DETERMINATO

all'assegnazione dei sottoelencati turni vacanti a tempo determinato di Specialistica Ambulatoriale pubblicati nel mese di GIUGNO 2020 e in modo specifico, per le seguenti ore ed indicativamente con il non vincolante seguente ordine di preferenza:

BRANCA: _____

POLIAMBULATORIO _____ ORE _____

POLIAMBULATORIO _____ ORE _____

BRANCA: _____

POLIAMBULATORIO _____ ORE _____

POLIAMBULATORIO _____ ORE _____

BRANCA: _____

POLIAMBULATORIO _____ ORE _____

POLIAMBULATORIO _____ ORE _____

BRANCA: _____

POLIAMBULATORIO _____ ORE _____

POLIAMBULATORIO _____ ORE _____

A tal fine consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o di produzione di atti falsi o contraffatti è perseguibile personalmente, come prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000 e che, inoltre, qualora da controlli effettuati emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese o dei documenti prodotti, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000),

D I C H I A R A (barrare la voce che non interessa)

• **ESSERE / NON ESSERE (art. 19 comma 2 lettera A)**

Titolare di rapporto convenzionale annuale con il SSN a tempo indeterminato nell'ambito zonale in cui è pubblicato l'incarico

Branca _____

Ente _____

Dal _____ Ore _____;

• **ESSERE / NON ESSERE (art. 19 comma 2 lettera B)**

Titolare di incarico a tempo indeterminato in diverso ambito zonale della Regione o di altre Regione confinante o presso sedi INAIL o SASN della Regione o di altre Regione confinante)

Branca _____

Ente _____

Dal _____ Ore _____;

• **ESSERE / NON ESSERE (art. 19 comma 2 lettera C)**

Titolare di incarico a tempo indeterminato in ambito zonale di Regione non confinante o presso sedi INAIL o SASN ubicate in altra Regione non confinante, che faccia richiesta di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità)

Branca _____

Ente _____

Dal _____ Ore _____;

- **ESSERE / NON ESSERE (art. 19 comma 2 lettera D)**

Titolare di incarichi in branche diverse e che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dall'ACN vigente e richiede di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore di incarico;

Branca _____

Ente _____

Dal _____ Ore _____;

- **ESSERE / NON ESSERE (art. 19 comma 2 lettera E)**

Titolare di incarichi in branche diverse e che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dall'ACN vigente e richiede il passaggio in altra branca della quale è in possesso del titolo di specializzazione

Branca _____

Ente _____

Dal _____ Ore _____;

- **ESSERE/NON ESSERE (art. 19,comma 2,lett. F)**

Titolare di incarico a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale che svolga altra attività compatibile nel rispetto di quanto previsto dall'art. 26 comma 1 dell'ACN;

- **ESSERE/NON ESSERE (art. 19,comma 2,lett. G)**

Titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa

- **ESSERE/NON ESSERE (art. 19 comma 2 lettera H)**

Specialisti, veterinari e professionisti iscritti nelle graduatorie di cui all'art. 17 dell'ACN vigente in vigore il primo giorno utile per la presentazione della domanda, con esclusione dei già titolari di incarico a tempo indeterminato – inserito nella graduatoria vigente definitiva valevole per l'anno 2020

nella branca di _____ - posizione n° _____

- **ESSERE/NON ESSERE (art. 19,comma 2,lett. I).**

Medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, medico di medicina dei servizi, medico dipendente di struttura pubblica che esprima la propria disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro. Detti sanitari devono essere in possesso del titolo di specializzazione della branca in cui partecipano

(specificare Azienda, tipo di rapporto e decorrenza) _____

- **ESSERE/NON ESSERE titolare di trattamento pensionistico erogato da**

SVOLGERE / NON SVOLGERE ulteriori incarichi professionali o comunque denominati presso Enti diversi dal S.S.N. qualunque sia la tipologia del rapporto anche se denominato di tipo libero/professionale (indicare Ente e tipo di attività)

EVENTUALI ALTRE NOTE/COMUNICAZIONI :

_____ li _____

In fede

firma leggibile

Allegati: Fotocopia del documento d'identità in corso di validità