

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

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI TURNI DISPONIBILI**

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

Il Sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_  
Il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Recapiti telefonici \_\_\_\_\_  
**indirizzo PEC** intestato al candidato (obbligatorio) \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
Specializzato in \_\_\_\_\_  
Data di specializzazione \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare all'assegnazione dei turni vacanti di Specialistica Ambulatoriale pubblicati nel mese di Marzo 2018 nella branca di \_\_\_\_\_

e in modo specifico, per le seguenti ore e con il seguente ordine di priorità:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

A TAL FINE DICHIARA (barrare la voce che non interessa)

**ESSERE / NON ESSERE**

Titolare di rapporto convenzionale annuale con il SSN **a tempo indeterminato ( art. 19 comma 2 lett. A)**

Branca \_\_\_\_\_

Ente \_\_\_\_\_

Dal \_\_\_\_\_ Ore \_\_\_\_\_;

**ESSERE / NON ESSERE**

Titolare di incarico **a tempo indeterminato ai dell'art. 19 comma 2 lett. B 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**

Titolare di incarico a tempo indeterminato ai sensi dell' art. 19 comma 2 lett. B – in ambito zonale di Regione non confinante o presso sedi INAIL o SASN ubicate in altra regione Regione non confinante )

Branca \_\_\_\_\_

Ente \_\_\_\_\_

Dal \_\_\_\_\_ Ore \_\_\_\_\_;

**ESSERE / NON ESSERE**

Titolare di incarico a tempo indeterminato ai sensi dell'art. 19 comma 2 lett. C ( ambito zonale di Regione non confinante o presso sedi INAIL o SASN ubicate nella regione o in 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 di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore di incarico;

Branca \_\_\_\_\_

Ente \_\_\_\_\_

Dal \_\_\_\_\_ Ore \_\_\_\_\_;

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 )**

inserito nella graduatoria vigente definitiva valevole per l'anno 2018

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 della continuità assistenziale, medico dipendente di struttura pubblica che esprima la propria disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro

(specificare Azienda, tipo di rapporto e decorrenza) \_\_\_\_\_

ESSERE/NON ESSERE titolare di trattamento pensionistico erogato da

SVOLGERE/NON SVOLGERE ulteriori incarichi professionali (se si indicare la tipologia)

NOTE:

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_  
firma leggibile

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