

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 2019**

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

Il Sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

P.E.C. \_\_\_\_\_

indirizzo P.E.C. intestato al candidato obbligatorio ai sensi della Legge n. 2 del 28/01/2009

codice fiscale \_\_\_\_\_

Specializzato in \_\_\_\_\_

Data di specializzazione \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare ai sensi dell'art. \_\_\_\_\_ comma \_\_\_\_\_ dell' ACN del vigente

all'assegnazione dei turni vacanti di Specialistica Ambulatoriale pubblicati nel mese di GIUGNO 2019 e in modo specifico, per le seguenti ore ed indicativamente con il seguente e non vincolante ordine di priorità:

• Incarico indivisibile di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali nella branca di

presso \_\_\_\_\_

• Incarico indivisibile di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali nella branca di

presso \_\_\_\_\_

• Incarico indivisibile di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali nella branca di

presso \_\_\_\_\_

• Incarico indivisibile di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali nella branca di

presso \_\_\_\_\_

• Incarico indivisibile di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali nella branca di

presso \_\_\_\_\_

• Incarico indivisibile di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali nella branca di

presso \_\_\_\_\_

• Incarico indivisibile di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali nella branca di

presso \_\_\_\_\_

• Incarico indivisibile di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali nella branca di

presso \_\_\_\_\_

• Incarico indivisibile di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali nella branca di

presso \_\_\_\_\_

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 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 2019**

nella branca di \_\_\_\_\_ - posizione n ° \_\_\_\_\_

- ESSERE/NON ESSERE (art. 19, comma 2, lett. 1).

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. 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

EVENTUALI ALTRE NOTE/COMUNICAZIONI :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ II \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_

firma leggibile

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