

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 SETTEMBRE 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)

(da presentare dal giorno 1 al giorno 10 ottobre 2019)

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)

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 SETTEMBRE 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. 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. 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 :

_____ li _____

In fede

firma leggibile

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