

AL COMITATO CONSULTIVO ZONALE MEDI SPECIALISTI  
AMBULATORIALI INTERNI, MEDICI VETERINARI ED ALTRE  
PROFESSIONALITA'  
c/o A.S.L. TA- Viale Virgilio n. 31  
74121 - T A R A N T O

Oggetto: **Domanda di conferimento incarico nella branca di** \_\_\_\_\_

Il sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

(Prov. di \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ E-mail PEC \_\_\_\_\_

Specializzato in \_\_\_\_\_ vista la pubblicazione dei turni vacanti del  
\_\_\_\_\_

chiede l'assegnazione degli incarichi di seguito riportati nell'ordine di preferenza:

- |          |           |
|----------|-----------|
| 1) _____ | 6) _____  |
| 2) _____ | 7) _____  |
| 3) _____ | 8) _____  |
| 4) _____ | 9) _____  |
| 5) _____ | 10) _____ |

A tal fine il/la sottoscritto/a dichiara : (barrare con una X la risposta dovuta) :

- |  |    |    |
|--|----|----|
| a) Di avere un rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale;   | SI | NO |
| b) Di essere proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il SSN ai sensi del D.P.R. n° 120/88 e s.m.i. , o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.L.vo n° 502/92 e s.m.i.   | SI | NO |
| c) Eserciti attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale o sia titolare o partecipante di quote di imprese o società, anche di fatto, che esercitano attività che configurano conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;  | SI | NO |
| d) Di svolgere attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta, fatto salvo quanto previsto alla norma finale n° 2 dell' A.C.N. 17/12/2015;  | SI | NO |
| e) Di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di cui all'art. 19 e svolgere contemporaneamente Incarico a tempo determinato di cui all' art. 20 dell' A.C.N. vigente;  | SI | NO |
| f) Di esercitare la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo, retribuito in misura forfettaria c/o Enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al S.S.N. e che non adottino le clausole normative ed economiche dell'A.C.N. vigente e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interesse; | SI | NO |
| g) Di svolgere funzioni fiscali nell' ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge Attività convenzionale; (indicare la ASL di appartenenza _____);  | SI | NO |
| h) Di fruire 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) Di operare a qualsiasi titolo in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private convenzionate o accreditate con il SSN; in tal caso è consentito esclusivamente   |    |    |

- |  |    |    |
|--|----|----|
| lo svolgimento dell'attività istituzionale di cui all' A.C.N. vigente e secondo le modalità definite a livello regionale;  | SI | NO |
| j) Di essere titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n° 119/88 e s.m.i. o di rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 quinquies del D.Lgs 30 dicembre n° 502 e s.m.i.; | SI | NO |
| k) Di essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs 17 agosto 1999 n° 368 e s.m.i.;                                      | SI | NO |
| l) fruisci di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente;   | SI | NO |

Il sottoscritto/a dichiara altresì:

- |   |    |    |
|---|----|----|
| • di svolgere esclusivamente attività ambulatoriale c/o la ASL.....                       | SI | NO |
| • di essere titolare in altro ambito zonale (.....)                                       | SI | NO |
| • di essere titolare di pensione erogata da.....  | SI | NO |
| • di essere Dirigente Medico Ospedaliero a tempo indeterminato                            |    |    |
| (specificare la Struttura, la ASL di appartenenza, l'anzianità di servizio)               |    |    |
|   | SI | NO |
| • di essere inserito nella graduatoria di branca valevole per l' anno in corso al n°..... | SI | NO |

EVENTUALI ANNOTAZIONI IN MERITO ALLA PRESENTE DOMANDA

---



---



---



---

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DOTT. .... CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI INCASO DICHIARAZIONI MENDACI, DICHIARA CHE QUANTO SOPRA CORRISPONDE AL VERO.

Data ..... FIRMA (*per esteso*).....

N.B. : IL MANCATO PUNTUALE RISPETTO DELLE PROCEDURE O LA MANCATA ASSUNZIONE DELL'INCARICO NEL CONFERMARE LA DISPONIBILITA', 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. 2005 S.M.I. – (Rif. NOTA ASS.LE REGIONE PUGLIA n° 24/7739/116/16 del 3 Aprile 1992)

ALLEGATI:

1. Curriculum Vitae
2. Copia documento d'identità (in corso di validità)
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_