

RACCOMANDATA A.R.

N.B.: LA PRESENTE DOMANDA - COMPILATA IN OGNI SUA PARTE ED IN MANIERA LEGGIBILE - DA PARTE DI SPECIALISTI AMBULATORIALI AI SENSI ART. 23, CO. 1 A.C.N. DI CUI ALL'ATTO DI REPERTORIO P.C.M. N° 2272 DEL 23 MARZO 2005, VA INDIRIZZATA - IN CARTA SEMPLICEAL:

COMITATO CONSULTIVO ZONALE MEDICI AMBULATORIALI DI RIETI E PROVINCIA
Viale Matteucci, 9 - 02100 Rieti

OGGETTO: Domanda di conferimento incarico – artt. 22, co.1 e 23, co. 1 A.C.N. di cui all'Atto di Rep. P.C.M. n° 2272 del 23.3.2005.

Branca di: (se medico specialista)

Il/la sottoscritto/a Dott. nato/a a
(prov. di) il Codice fiscale:.....
Codice ENPAM (o di altro Ente Prev.le - indicare quale):, in
possesso di specializzazione nella branca specialistica/scuola univ. di spec.ne:
..... conseguita il:

fa domanda di: (BARRARE CON UNA "X" LA/LE VOCE/I CHE INTERESSA/NO):

incarico per aumento orario **trasferimento nello stesso ambito zonale**

trasferimento da diverso ambito zonale (art. 23, co. 1, lett. D) A.C.N. vigente);

primo incarico a tempo indeterminato (art. 23, co. 1, lett. G) A.C.N. vigente);

incarico per aumento orario o trasferimento (tempo determinato - art. 23, co. 1, lett. H) A.C.N);

primo incarico a tempo indeterminato – (art. 23, co. 1, lett. L) A.C.N. vigente);

primo incarico a tempo determinato – (art. 23, co. 10 A.C.N. vigente),

per i turni di seguito indicati, per i quali richiede il conferimento di incarico, secondo l'ordine di preferenza così specificato:

1) A.U.S.L. RI/, presidio: orario:

.....
..... **totale ore sett.li:**

2) A.U.S.L. RI/, presidio: orario:

.....
..... **totale ore sett.li:**

(N.B.: L'INDICAZIONE DI ALTRI TURNI PUBBLICATI ALL'ALBO PUO' ESSERE RIPORTATA SU FOGLIO BIANCO DA ALLEGARE ALLA PRESENTE DOMANDA, DATATO E SOTTOSCRITTO, PROSEGUENDO L'ORDINE DI PREFERENZA. NON VANNO UTILIZZATI NE' SPEDITI SEPARATAMENTE ALTRI MODULI SIMILI).

Il sottoscritto indica di seguito gli incarichi di attività **in atto** svolti presso Aziende Sanitarie del territorio regionale oppure presso Aziende Sanitarie di altra regione **(NON INDICARE INCARICHI TEMPORANEI (TRIMESTRALI) DI SOSTITUZIONE)**:

Provincia	A.U.S.L.	Presidio	ore sett.li	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato

A tal fine dichiara: **(BARRARE CON UNA "X" LA VOCE CHE INTERESSA)**:

- di **non** essere titolare o incaricato in altro rapporto con strutture pubbliche o private;
- **diversamente**, specifica di seguito i rapporti che parimenti ha **in atto** con strutture pubbliche o private **(N.B.: NON INDICARE INCARICHI TEMPORANEI (TRIMESTRALI) DI SOSTITUZIONE)**:

.....

- **non titolare di pensione alcuna**;

- **titolare di pensione a carico di** **dal:**

Indirizzo, recapiti telefonici (compreso il cellulare), C.A.P. (OBBLIGATORI):.....

.....

NOTA: in riferimento a specifico attestato – **(qualora richiesto è obbligatorio allegarlo alla presente domanda)** – il/la sottoscritto/a **dichiara** di allegare quanto segue:

.....

EVENTUALI ANNOTAZIONI DEL SANITARIO ALLA PRESENTE DOMANDA:

.....

.....

.....

.....

AVVERTENZE

- GLI SPECIALISTI E LE ALTRE PROFESSIONALITA' SANITARIE (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI), GIA' TITOLARI DI INCARICO IN DIVERSO AMBITO ZONALE CHE INTENDANO RICHIEDERE ULTERIORE INCARICO O TRASFERIMENTO NELL'AMBITO ZONALE DI RIETI, DEVONO ALLEGARE ALLA PRESENTE DOMANDA UN CERTIFICATO STORICO DI SERVIZIO, IN CARTA SEMPLICE, RILASCIATO DAL COMPETENTE COMITATO ZONALE.

- IN CASO DI SOVRAPPOSIZIONE DI ORARIO E/O DI TRASFERIMENTO PARZIALE DEL TURNO IN ESSERE, ALLEGARE ALLA PRESENTE DOMANDA LA RICHIESTA DI VARIAZIONE O DI RIDUZIONE PARZIALE DELL'ORARIO DEL TURNO SVOLTO, PER USO PRELAZIONE, PROTOCOLLATA DALLA A.U.S.L. DI APPARTENENZA, COMPLETA DEL RELATIVO BENESTARE. IL NULLA-OSTA DEFINITIVO SARA' INVIATO DALL'A.U.S.L. INTERESSATA A FIRMA DEL DIRETTORE GENERALE O DI DIRIGENTE AVENTE DELEGA.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DOTT./SSA CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, AFFERMA CHE QUANTO SOPRA CORRISPONDE AL VERO.

DATA: FIRMA(PER ESTESO):