

**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):**.....

.....  
 .....  
 .....

**N O T A:** 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): .....