

Il sottoscritto:  - MEDICO SPECIALISTA       - MEDICO VETERINARIO  
 - BIOLOGO       - CHIMICO       - PSICOLOGO

Dott. .... nato/a a .....  
(prov. di .....) il ..... Codice Fiscale:.....  
**INDIRIZZO presso il quale si vuole ricevere ogni comunicazione:**  
Via/Piazza/Largo ..... n. ....  
Comune..... Prov.....CAP.....tel.....  
Cell.....e-mail.....  
PEC.....@.....

n° codice ENPAM (o altro Ente Prev.le): ..... laureato/a in: ..... il:.....,  
iscritto all'Albo/Ordine..... di: ..... dal: ..... in possesso del titolo di  
specializzazione nella branca specialistica di: .....  
conseguita presso l'Università di:.....il:.....

ai sensi dell'art. 21 dell'A.C.N. 31.03.2020

**MANIFESTA LA PROPRIA DISPONIBILITA' PER IL CONFERIMENTO INCARICO A TEMPO INDETERMINATO:**

- branca medica di:** .....
- attività professionale sanitaria di:** .....

Ed in particolare fa domanda di: (barrare con una X l'opzione interessata nel rispetto della propria posizione come previsto dall'art. 21 ACN 31.03.2020, riportato a pagina 4 del presente modulo per conoscenza)

- aumento orario** - titolare di incarico a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale (Roma e Provincia)
- aumento orario** - titolare di incarico a tempo indet. in diverso ambito zonale della regione o di regione confinante
- trasferimento** - titolare di incarico a tempo indeterminato in regione non confinante
- passaggio in altra branca** della quale è in possesso di spec.ne - (già titolare a tempo indeterminato)
- primo incarico a tempo indeterminato** - titolare convenzionato tempo ind. presso Ministero Difesa all'art. 21 co. 2 lett. g)
- primo incarico a tempo indeterminato** - (posizione inserita nella graduatoria di cui all'art.19 in vigore il primo giorno utile per la presentazione della domanda)
- primo incarico a tempo indeterminato** - medico di medicina generale, medico specialista pediatria libera scelta, medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale

(Indicare di seguito, secondo l'ordine di preferenza i turni pubblicati)

|   |
|---|
| 1) ASL Roma ..... branca ..... ore settimanali: .....<br>presidio:.....<br>con orario:..... |
| 2) ASL Roma ..... branca ..... ore settimanali: .....<br>presidio:.....<br>con orario:..... |
| 3) ASL Roma ..... branca ..... ore settimanali: .....<br>presidio:.....<br>con orario:..... |
| 4) ASL Roma ..... branca ..... ore settimanali: .....<br>presidio:.....<br>con orario:..... |
| 5) ASL Roma ..... branca ..... ore settimanali: .....<br>presidio:.....<br>con orario:..... |
| 6) ASL Roma ..... branca ..... ore settimanali: .....<br>presidio:.....<br>con orario:..... |

LA COMPILAZIONE DI QUESTO SPAZIO E' RISERVATA ESCLUSIVAMENTE AL TITOLARE A TEMPO INDETERMINATO CHE AUTOCERTIFICA ai sensi del DPR 445/00 e s.m.i.

DI SVOLGERE GIA' L'ATTIVITA' INDICATA in pubblicazione

presso la ASL..... Presidio/Servizio .....

ai fini della attribuzione del turno vacante richiesto al punto n. \_\_\_ n. \_\_\_ n. \_\_\_ n. \_\_\_ di pag. 2 del presente modulo  
pubblicato con commissione (art. 20 co. 5 ACN 31.03.2020)  
*applicazione disposizione circolare Regionale prot. 610461 del 4.11.2014*

Data ..... Firma per esteso .....

**il sottoscritto dichiara inoltre:**

di essere già titolare di incarico ambulatoriale a tempo indeterminato, ACN dal: .....  
Presso .....

**(Riportare di seguito gli incarichi di titolarità attualmente svolti):**

| ASL/Ente | Presidio | ore sett. | Lunedì | Martedì | Mercoledì | Giovedì | Venerdì | Sabato |
|----------|----------|-----------|--------|---------|-----------|---------|---------|--------|
|          |          |           |        |         |           |         |         |        |
|          |          |           |        |         |           |         |         |        |
|          |          |           |        |         |           |         |         |        |
|          |          |           |        |         |           |         |         |        |
|          |          |           |        |         |           |         |         |        |
|          |          |           |        |         |           |         |         |        |

**AVVERTENZE**

I TITOLARI CHE TROVASI IN SOVRAPPOSIZIONE DI ORARIO TRA I TURNI IN ATTO E I TURNI RICHIESTI DOVRANNO, **PENA L'ESCLUSIONE DELLA DOMANDA**, ALLEGARE ALLA STESSA LA RICHIESTA DI VARIAZIONE O RIDUZIONE DELL'ORARIO DI SERVIZIO DEL TURNO SVOLTO, USO PRELAZIONE, COMPLETA DEL RELATIVO BENESTARE DEL RESPONSABILE DEL SERVIZIO; LA RICHIESTA DI CUI SOPRA DOVRA' ESSERE PARIMENTI INOLTRATA AL PROPRIO UFFICIO PERSONALE A CONVENZIONE PER IL SEGUITO DI COMPETENZA;

- di non essere titolare di pensione;
- di non avere altro rapporto di lavoro, a qualsiasi titolo, con strutture pubbliche o strutture private accreditate;
- di essere titolare o incaricato di altro rapporto di lavoro convenzionale o di dipendenza con strutture pubbliche o private;
- di essere:  Dipendente Servizio Sanitario Nazionale  Medico di Medicina dei Servizi  
 Medico di Medicina Generale  Medico di Continuità Assistenziale  
 Pediatra di Libera Scelta

tempo determinato  tempo indeterminato dal .....

Presso.....

Note:.....

**I dati inseriti valgono quale autocertificazione ai sensi del DPR 445/2000 e non saranno prese in considerazione specificazioni od altre indicazioni scritte al di fuori dei campi indicati.**

**IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INFINE:**

consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 e s.m.i. **sulle responsabilità penali** cui può andare incontro chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal vigente T.U. sopracitato, che **quanto affermato nel presente modulo di domanda corrisponde al vero**;

Data..... Firma per esteso .....

**N.B. allegare fotocopia di documento di identità in corso di validità.**