

Al Comitato Zonale
Rieti e Provincia
Via del Terminillo, 42
02100 Rieti
comitatozonale.asl.rieti@pec.it

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 nella 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 Rieti branca | ore settimanali: |
| presidio:..... | |
| con orario:..... | |
| 2) ASL Rieti branca | ore settimanali: |
| presidio:..... | |
| con orario:..... | |
| 3) ASL Rieti branca | ore settimanali: |
| presidio:..... | |
| con orario:..... | |
| 4) ASL Rieti branca | ore settimanali: |
| presidio:..... | |
| con orario:..... | |
| 5) ASL Rieti branca | ore settimanali: |
| presidio:..... | |
| con orario:..... | |
| 6) ASL Rieti branca | ore settimanali: |
| presidio:..... | |
| 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 |
|----------|----------|-----------|--------|---------|-----------|---------|---------|--------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

A V V E R T E N Z E

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.