

AL COMITATO ZONALE
RIETI E PROVINCIA
C/O ASL DI RIETI
VIA DEL TERMINILLO 42
02100 RIETI

a norma dell'art. 19 comma 1 la domanda va spedita dal 1° al 10° giorno del mese successivo a quello della pubblicazione

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. 19 dell'A.C.N. 17.12.15

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

- branca medica di:
- attività professionale sanitaria di:
- titolare di incarico a tempo indeterminato stesso ambito zonale (RIETI E PROVINCIA) - art. 19, co. 2, lett. a)
- titolare di incarico a tempo indeterminato diverso ambito zonale della regione o di altra regione confinante art.19, co.2, lett.b)
- titolare di incarico a tempo indeterminato in ambito zonale di Regione non confinante - art. 19, co. 2, lett. c)
- passaggio in altra branca della quale è in possesso di spec.ne - (già titolare a tempo indeterminato) art. 19 co. 2 lett. e)
- titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa - art. 19 co. 2 lett. g)
- medici specialisti, medici veterinari e professionisti iscritti nelle graduatorie di cui art. 17 (posizione inserita nella graduatoria di cui all'art.17 in vigore il primo giorno utile per la presentazione della domanda) art. 19, co. 2, lett. h)
- medico di medicina generale, medico specialista pediatra di libera scelta, medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale art. 19, co. 2, lett. i)

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere titolare di pensione a carico di Ente:
dal:

(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 AI TITOLARI A TEMPO INDETERMINATO CHE
MANIFESTANO LA DISPONIBILITA' AL CONFERIMENTO DEL TURNO VACANTE PUBBLICATO CON COMMISSIONE**

IL SOTTOSCRITTO

ai fini della attribuzione del turno vacante pubblicato con commissione (art. 18 co. 5)
richiesto al punto n. ___ n. ___ n. ___ n. ___ n. ___ di pag. 2 del presente modulo

AUTOCERTIFICA ai sensi del DPR 445/00 e s.m.i. CHE

presso la ASL..... Presidio/Servizio

**GIA' SVOLGE L'ATTIVITA' INDICATA in pubblicazione PER LA QUALE E' RICHIESTA
la commissione valutativa di cui all'art. 18 co. 5 vigente ACN**

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):

PR	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 ALLEGARE ALLA DOMANDA 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 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

Via/Piazza/Largo n.

Comune Prov CAP tel.

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;**

N.B. Si allega fotocopia di documento di identità in corso di validità

Data Firma per esteso

ART.19 ACN 17.12.2015
“Assegnazione di incarichi a tempo indeterminato”

co 1 “Gli specialisti, i veterinari e i professionisti aspiranti all’incarico devono comunicare, con lettera raccomandata A.R., **dal 1 al 10 giorno del mese successivo a quello della pubblicazione** di cui all’art. 18, co. 3, la propria disponibilità alla sede del Comitato Zonale, la quale individua, entro i 20 giorni successivi alla scadenza del termine, l’avente diritto secondo l’ordine di priorità di cui al comma successivo.

co 2. “Lo specialista ambulatoriale, il veterinario o il professionista può espletare attività ambulatoriale ai sensi del presente Accordo in una sola branca medica specialistica o area professionale con rapporto di lavoro convenzionato unico a tutti gli effetti, instaurato con una o più Aziende della stessa Regione o di Aziende di altra Regione confinante. Le ore di attività sono ricoperte attraverso conferimento di un nuovo incarico o aumenti di orario nella stessa branca o area professionale, o attraverso riconversione in branche diverse. Per l’assegnazione degli incarichi a tempo indeterminato l’avente diritto è individuato attraverso il seguente ordine di priorità:

a) titolare di incarico a tempo indeterminato che svolga, in via esclusiva, nell’ambito zonale in cui è pubblicato l’incarico, attività ambulatoriale nella specialità o area professionale regolamentata dal presente Accordo; titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN ubicate nel medesimo ambito zonale; medico generico ambulatoriale, di cui alla norma finale n. 5 del presente Accordo, in servizio alla data di entrata in vigore del presente Accordo, che faccia richiesta al Comitato zonale di ottenere un incarico medico specialistico nella branca di cui è in possesso del titolo di specializzazione, per un numero di ore non superiore a quello dell’incarico di cui è titolare; è consentito a tale medico di mantenere l’eventuale differenza di orario tra i due incarichi fino a quando l’incarico da specialista ambulatoriale non copra per intero l’orario di attività che il medico stesso svolgeva come generico di ambulatorio (cioè: Medico di Medicina Generale ex-Enti (n.d.r.));

b) titolare di incarico a tempo indeterminato, che svolga esclusivamente attività regolamentata dal presente Accordo, in diverso ambito zonale della regione o di altra regione confinante; titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN della Regione o di altra Regione confinante. Relativamente all’attività svolta come incremento orario ai sensi della presente lett. b) non compete il rimborso delle spese di viaggio di cui all’art. 48;

c) titolare di incarico a tempo indeterminato in ambito zonale di Regione non confinante o titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN di Regione non confinante, che faccia richiesta di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità;

d) specialista titolare di incarichi in branche diverse e che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dal presente Accordo, il quale richiede di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore di incarico;

e) specialista ambulatoriale titolare di incarico a tempo indeterminato che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dal presente Accordo e chiede il passaggio in altra branca della quale è in possesso del titolo di specializzazione;

f) titolare di incarico a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale, che svolga altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto all’art. 26, comma 1;

g) titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa;

h) specialisti, veterinari e professionisti iscritti nelle graduatorie di cui all’art. 17 del presente Accordo in vigore il primo giorno utile per la presentazione della domanda, con esclusione dei già titolari di incarico a tempo indeterminato;

i) medico di medicina generale, medico specialista pediatra di libera scelta, medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale che esprima la propria disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro. Detti sanitari devono essere in possesso del titolo di specializzazione della branca in cui partecipano e matureranno anzianità giuridica a far data dall’incarico.

3. Ai fini delle procedure di cui al comma 2, per ogni singola lettera dalla a) alla i), con esclusione della lettera h), l’anzianità riconosciuta ai fini della prelazione costituisce titolo di precedenza; in caso di pari posizione è data precedenza all’anzianità di specializzazione e, successivamente, all’anzianità di laurea ed in subordine alla minore età anagrafica.

4. L’Azienda, dopo aver esperito inutilmente le procedure osservando tutte le priorità di cui al comma 2, può conferire l’incarico anche a specialisti, veterinari o professionisti operanti in Regioni non confinanti, nel limite di quanto previsto all’art. 26, co. 1 del presente Accordo.

5. In ogni caso, allo specialista ambulatoriale, al veterinario o al professionista, disponibile ad assumere l’incarico di cui al presente art. è consentito il trasferimento qualora abbia maturato un’anzianità, nell’incarico in atto, di almeno 18 mesi alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione della dichiarazione di disponibilità.

6. Lo specialista, il veterinario o il professionista in posizione di priorità deve comunicare l’accettazione/rinuncia all’incarico entro 20 giorni dal ricevimento della comunicazione da parte dell’Azienda. Alla dichiarazione di disponibilità dovrà essere allegata, pena l’esclusione dell’incarico, l’autocertificazione informativa appositamente predisposta dall’Azienda.

La formalizzazione dell’incarico deve avvenire entro il termine di trenta giorni dal ricevimento della dichiarazione. Le Regioni possono definire diverse procedure, tese allo snellimento burocratico e all’abbreviazione dei tempi necessari al conferimento dell’incarico.

7. L’incarico conferito a tempo indeterminato ai sensi del comma 2, lett. h) è confermato, previo superamento di un periodo di prova della durata di sei mesi.