

**DOMANDA DI DISPONIBILITA' TURNI VACANTI SPECIALISTICA AMBULATORIALE
A TEMPO INDETERMINATO/DETERMINATO PUBBLICATI IL _____**

Alla A.S.P. di Palermo
Comitato Zonale
Via G. Cusmano, 24
90141 PALERMO

PEC: comitatozonale1.pec@asppa.it

OGGETTO: assegnazione turni disponibili Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.) per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari e altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali del 31/03/2020

Il sottoscritto Dott. _____

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> MEDICO SPECIALISTA | <input type="checkbox"/> ODONTOIATRA | <input type="checkbox"/> VETERINARIO |
| <input type="checkbox"/> BIOLOGO | <input type="checkbox"/> PSICOLOGO | <input type="checkbox"/> CHIMICO |

comunica la propria disponibilità di acquisizione dell'incarico sotto riportato

pubblicazione turni vacanti del _____ trimestre dell'anno _____
branca specialistica/area professionale _____ n. ore sett.li _____
da svolgersi presso l'ASP PALERMO – Distretto/Presidio di _____
Sede _____

e a tal fine ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del DPR 28/12/ 2000, n. 445 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

1. di essere nato a _____ il _____;
2. di essere residente in Via _____ n. _____ CAP _____
Città _____ (prov. di _____),
3. di aver conseguito la Laurea in _____ presso la Facoltà di _____
_____ dell'Università degli Studi di _____ in data _____;
4. di aver conseguito la Specializzazione in _____ presso la Facoltà di _____
_____ dell'Università degli Studi di _____ in data _____;
5. di essere di essere iscritto all'Albo Professionale dei _____ della Provincia
di _____ o di essere di essere iscritto all'Ordine Provinciale dei medici ed
odontoiatri della Provincia di _____;
6. di trovarsi in una delle sottoindicate posizioni, previste dell'art. 21, comma 2, dell'A.C.N.:

a) specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale (compresi INAIL e SASN) dal _____ (art. 21 comma 2 lett. a);

- b)** specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo indeterminato in diverso ambito zonale della Regione o di altra Regione confinante dal _____ (art. 21 comma 2 lett. b);
- c)** specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo indeterminato di Regione non confinante dal _____, (art. 21 comma 2 lett. c);
- d)** specialista ambulatoriale titolare d'incarico nelle branche di _____ e _____, che richiede di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore d'incarico (art. 21 comma 2 lett. d);
- e)** specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo indeterminato nella branca di _____ dal _____, che chiede il passaggio nella branca di _____ (art. 21 comma 2 lett. e);
- f)** specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo indeterminato che svolga altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto all'art. 28, comma 1 (art. 21 comma 2 lett. f);
- g)** titolare d'incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa dal _____ (art. 21 comma 2 lett. g);
- h)** iscritto nella graduatoria di cui all'art. 19 dell'ACN della provincia di Palermo, valida ai fini dell'assegnazione dei turni vacanti del ____° trimestre 202__, al posto n. _____ (art. 21 comma 2 lett. h);
- i)** specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 19; (art. 21 comma 2 lett. i);
- i)** medico di medicina generale, medico specialista pediatra di libera scelta, medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale dal _____, che intende transitare a un incarico specialistico, previo rinuncia al rapporto in corso (art. 21 comma 2 lett. j);

DICHIARA INOLTRE

7. di essere disponibile a rinunciare ad eventuali cause ostative al conferimento dell'incarico;
8. di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità previste dall'art.27 dell'ACN 31/03/2020;
9. che i propri recapiti sono i seguenti:

Residente a _____ (prov. di _____) in Via _____
 n. _____ CAP . _____ Telefono _____ cellulare _____
 email _____ PEC (obbligatoria): _____

Eventuale indirizzo diverso dalla residenza presso il quale si vuole ricevere ogni comunicazione:

Dichiara di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., che i dati personali i forniti con la presente istanza saranno trattati, anche informaticamente, esclusivamente per l'espletamento dell'Avviso di pubblicazione dei turni vacanti, per le strette finalità espresse nello stesso avviso.

Allega fotocopia del documento di riconoscimento e , solo per i turni per i quali è richiesta documentata esperienza/competenza, l'elenco firmato dei documenti inviati.

DATA: _____

Firma (per esteso):
