

MODULO DISPONIBILITA' TURNI VACANTI SPECIALISTICA AMBULATORIALE PRESSO SASN  
PALERMO  
A TEMPO INDETERMINATO PUBBLICATI NEL MESE DI MARZO 2026

Alla A.S.P. di PALERMO  
U.O.C. Specialistica ambulatoriale Interna ed Esterna  
Via La Loggia, 5  
90129 PALERMO  
PEC: [specialisticainternacp.pec@asppa.it](mailto:specialisticainternacp.pec@asppa.it)

OGGETTO: assegnazione turni disponibili ai sensi dell'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI TRA IL MINISTERO DELLA SALUTE, I MEDICI AMBULATORIALI, SPECIALISTI E GENERICI, E LE ALTRE PROFESSIONALITA' SANITARIE (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI) OPERANTI NEGLI AMBULATORI DIRETTAMENTE GESTITI DAL MINISTERO DELLA SALUTE PER L'ASSISTENZA SANITARIA E MEDICO-LEGALE AL PERSONALE NAVIGANTE, MARITTIMO E DELL'AVIAZIONE CIVILE di cui al D.M. 64 del 15/03/2022

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_, Medico Specialista della branca di:

- CARDIOLOGIA
- DERMATOLOGIA
- MEDICINA INTERNA
- OTORINOLARINGOIATRIA

comunica la propria disponibilità di acquisizione dell'incarico sotto riportato (barrare la casella corrispondente all'incarico per cui si manifesta la disponibilità):

- CARDIOLOGIA – n. 6 ore settimanali a tempo indeterminato, lunedì, mercoledì e venerdì ore 09:00-11;
- DERMATOLOGIA – n. 6 ore settimanali a tempo indeterminato, martedì e giovedì 09:00-12:00
- MEDICINA INTERNA, n. 3 ore settimanali a tempo indeterminato, lunedì e mercoledì ore 11:00-12:00, venerdì ore 12:00-13:00
- OTORINOLARINGOIATRIA, n. 6 ore settimanali a tempo indeterminato, lunedì, mercoledì e venerdì ore 09:00-11:00

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 sotto indicate posizioni, previste dell'art. 4 comma 1 dell'ACN per la disciplina dei rapporti tra il ministero della salute, i medici ambulatoriali, specialisti e generici, e le altre professionalita' sanitarie (biologi, chimici, psicologi) operanti negli ambulatori direttamente gestiti dal

ministero della salute per l'assistenza sanitaria e medico-legale al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile di cui al D.M. 64 del 15/03/2022:

- a) titolare di incarico a tempo indeterminato che svolga nel solo ambito zonale, in cui è pubblicato il turno, esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dall'Accordo Collettivo Nazionale del 31 marzo 2020 e ss.mm.ii (vigente ACN 05/02/2026), con anzianità dal \_\_\_\_\_
- b) medico generico ambulatoriale, di cui al presente Accordo e medico generico ambulatoriale di cui alla norma finale n. 5 dell'Accordo Collettivo Nazionale del 31 marzo 2020 e degli accordi di recepimento di cui alla dichiarazione a verbale n. 1 del citato Accordo del 31 marzo 2020 in servizio alla data di entrata in vigore del presente Accordo, che faccia richiesta all'Azienda sede del Comitato zonale di ottenere un incarico di medico specialista nella branca di cui e' in possesso del titolo di specializzazione, per un numero di ore non superiore a quello dell'incarico di cui e' titolare, con anzianità dal \_\_\_\_\_
- c) titolare di incarico a tempo indeterminato che svolga, in via esclusiva, attività ambulatoriale regolamentata dalla presente convenzione in diverso ambito zonale della stessa regione o in ambito zonale confinante se di altra regione con anzianità dal \_\_\_\_\_
- d) titolare di incarico a tempo indeterminato in altro ambito zonale, che faccia richiesta di essere trasferito nel territorio in cui si e' determinata la disponibilita', con anzianità dal \_\_\_\_\_;
- e) specialista ambulatoriale titolare di incarico a tempo indeterminato che eserciti esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dal presente Accordo e chiedi il passaggio in altra branca della quale e' in possesso del titolo di specializzazione, con anzianità dal \_\_\_\_\_;
- f) titolare di incarico a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale, che per lo svolgimento di altra attività sia soggetto alle limitazioni di orario di cui all'art. 6, con anzianità dal \_\_\_\_\_;
- g) medico di medicina generale, medico specialista pediatra di libera scelta, medico di medicina dei servizi, medico della continuità assistenziale, medico dipendente di struttura pubblica che esprima la propria disponibilita' a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro, con anzianità dal \_\_\_\_\_

#### DICHIARA INOLTRE

7. di essere titolare di n. \_\_\_\_\_ ore di incarico a tempo indeterminato svolte presso i seguenti enti:
- ENTE \_\_\_\_\_ n. ore \_\_\_\_\_
  - ENTE \_\_\_\_\_ n. ore \_\_\_\_\_
  - ENTE \_\_\_\_\_ n. ore \_\_\_\_\_
  - ENTE \_\_\_\_\_ n. ore \_\_\_\_\_
8.  di essere disponibile a rinunciare ad eventuali cause ostative al conferimento dell'incarico;
9.  di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità previste dall'art. 27 dell'ACN 05/02/2026;
10. 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 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 per la relativa valutazione.

DATA: \_\_\_\_\_ Firma (per esteso) \_\_\_\_\_