

## DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI TURNI DISPONIBILI

Dichiarazione ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445  
da presentare unitamente ad una copia di un documento di identità

Il/La Sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

(specificare località, indirizzo) \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

indirizzo PEC (obbligatorio) \_\_\_\_\_

Specializzato/a in \_\_\_\_\_

CHIEDE di partecipare all'assegnazione dei turni vacanti per l' area professionale di:

- BIOLOGIA**                       **CHIMICA**                       **PSICOLOGIA**                       **PSICOTERAPIA**
- MEDICINA SPECIALISTICA: BRANCA** \_\_\_\_\_
- VETERINARIA:**                       **AREA A**                       **AREA B**                       **AREA C**

e in modo specifico, per le seguenti ore:

### DICHIARA DI ESSERE

- titolare di rapporto convenzionale con il S.S.N. **a tempo indeterminato** ai sensi dell'A.C.N. 31.03.2020, art. 21, comma 2 con decorrenza incarico dal \_\_\_\_\_
  - lett. a) (titolare 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 nell'ambito in cui è pubblicato il turno) h. sett.li \_\_\_\_\_ A.S.L. \_\_\_\_\_
  - lett. b) (titolare 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 nell'ambito della stessa regione o regione confinante) h. sett.li \_\_\_\_\_ A.S.L. \_\_\_\_\_
  - lett. c) (titolare in ambito zonale di Regione non confinante o 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 nell'ambito di regione non confinante) h. sett.li \_\_\_\_\_ A.S.L. \_\_\_\_\_
  - lett. e) (titolare che chiede il passaggio in altra branca) h. sett.li \_\_\_\_\_ A.S.L. \_\_\_\_\_
  - lett. f) (titolare nello stesso ambito zonale che svolga altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto all'art. 28 h. sett.li \_\_\_\_\_ A.S.L. \_\_\_\_\_
  - lett. g) (titolare c/o Ministero della Difesa) h. sett.li \_\_\_\_\_ A.S.L. \_\_\_\_\_
  - lett. h) (medici specialisti, medici veterinari e professionisti iscritti nelle graduatorie di cui all'art. 19 dell'A.C.N. in vigore il primo giorno utile per la presentazione della domanda, con esclusione dei già titolari di incarico a tempo indeterminato (posizione in graduatoria n ° \_\_\_\_\_)
  - lett. i) specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui all'art. 19
  - lett.j) 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. (specificare Azienda, tipo di rapporto e decorrenza) \_\_\_\_\_

**Inoltre dichiara di non aver inoltrato domanda di quiescenza e di non percepire il trattamento pensionistico.**

(località)

(data)

(firma)

Ai fini delle procedure di cui sopra, per ogni singola lettera dalla a) alla j), con esclusione della lettera h) ed i), 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, di laurea ed in subordine alla minore età anagrafica.

Per i turni con capacità professionali specifiche allegare il curriculum vitae e la scheda riassuntiva delle capacità professionali, sotto forma di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà. La stessa deve contenere riferimenti precisi e verificabili rispetto a condizioni oggettive quali: attività specifiche svolte, sedi di effettuazione, riferimenti dei Responsabili di servizio, descrizione del contesto di svolgimento, la durata ed eventuale casistica clinica di pertinenza professionale. La mancata presentazione del curriculum e della scheda riassuntiva delle competenze comporterà l'esclusione dalla partecipazione ai turni con capacità professionali.