

Al Comitato Zonale di Torino
C.so Regina Margherita, 153 bis -10122 Torino
Tel. 011.5665261
comitato.zonale@pec.aslcittaditorino.it
<http://www.aslcittaditorino.it/strutture/comitato-zonale/>

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** _____

☐ **MEDICINA VETERINARIA:** ☐ **AREA A** ☐ **AREA B** ☐ **AREA C**

e in modo specifico, per le seguenti ore pubblicate dall'Azienda: (indicare l'Azienda che pubblica il turno)

DICHIARA DI ESSERE AI SENSI DELL'ART. 21, COMMA 6, A.C.N. 04.04.2024

1. Titolare di un rapporto convenzionale con il S.S.N. con incarico a tempo indeterminato a decorrere dal _____,
- ☐ lettera 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. _____;
- ☐ lettera 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. _____;
- ☐ lettera 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. _____;
- ☐ lettera e) (Titolare che chiede il passaggio in altra branca) h. sett.li _____ A.S.L. _____;
- ☐ lettera f) (Titolare nello stesso ambito zonale che svolga altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto all'art. 28 A.C.N. 31.03.2020) h. sett.li _____ A.S.L. _____;
- ☐ lettera g) (Titolare c/o Ministero della Difesa) h. sett.li _____ A.S.L. _____;
2. ☐ lettera h) Medico specialista ☐ Medico veterinario ☐ Professionista ☐ iscritto nella graduatoria di cui all'art. 19 dell'A.C.N. 31.03.2020 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° _____);

3. ☐ lettera i) Medico specialista, Medico veterinario, Professionista in possesso dei requisiti di cui all'art. 19 A.C.N. 04.04.2024;
4. ☐ lettera 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 l'Azienda Sanitaria Locale/Azienda Ospedaliera, la tipologia del rapporto e la decorrenza del rapporto)

Dichiara, di non aver inoltrato domanda di quiescenza e di non percepire il trattamento pensionistico.

Dichiara, infine, ai sensi della decisione del Comitato Zonale di Torino del 22.06.2023 (comunicata al Presidente del Comitato Regionale Specialisti Ambulatoriali Interni con la nota prot. n. 95103 del 27.06.2023 in merito all'esonero dai colloqui di accertamento del possesso delle particolari capacità professionali dei soli candidati che siano già in possesso di pregresse idoneità conseguite per le stesse particolari capacità professionali richieste in bandi di nuova pubblicazione, in linea di continuità con l'operato sinora adottato ai sensi dell'art. 10 del pregresso A.I.R. 2006 e alla luce della previsione contenuta dall'art. 20, comma 1, A.C.N. 04.04.2024 nell'ambito della procedura di completamento orario per gli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti titolari a tempo indeterminato valutati idonei da una commissione tecnica aziendale), di avere riportato specifico giudizio di idoneità per capacità professionali analoghe a quelle che sono richieste per la pubblicazione cui chiede di partecipare SI ☐ NO ☐

(Continuare nella compilazione di questo campo solo in caso affermativo, specificando la pubblicazione A.C.N con richiesta di particolari capacità professionali. dell'Azienda nella quale si è conseguito giudizio di idoneità)

Pubblicazione Area Professionale/Branca Specialistica _____ del _____

Azienda Sanitaria Locale/Azienda Ospedaliera _____ .

(località)

(data)

(firma)

AVVERTENZE

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.

La scheda è stata predisposta per rendere evidenti le competenze dei candidati rispetto ad ogni singolo requisito presente nell'Avviso pubblicato sull'Albo del Comitato Zonale dall'Azienda interessata. Trattandosi di una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà 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, attività di formazione specifica. Qualora tra i requisiti richiesti sia previsto anche l'aver svolto una formazione e/o un'attività specifica certificata o documentata i candidati devono produrre un'attestazione/certificazione rilasciata a cura del rappresentante legale dell'Ente.