

**RACCOMANDATA A.R. o P.E.C.** (da inviare dal 1° al 10° giorno del mese successivo alla Pubblicazione)

AL COMITATO CONSULTIVO ZONALE MEDI SPECIALISTI  
AMBULATORIALI INTERNI, MEDICI VETERINARI ED ALTRE  
PROFESSIONALITA'

c/o A.S.L. BA – Lungomare Starita n° 6

70123 B A R I

**Oggetto: Domanda di conferimento incarico nella branca di \_\_\_\_\_**

Il sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

(Prov. di \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ E-mail PEC \_\_\_\_\_

Specializzato in \_\_\_\_\_ vista la pubblicazione dei turni vacanti del \_\_\_\_\_

chiede l'assegnazione degli incarichi di seguito riportati nell'ordine di preferenza:

- |          |           |
|----------|-----------|
| 1) _____ | 6) _____  |
| 2) _____ | 7) _____  |
| 3) _____ | 8) _____  |
| 4) _____ | 9) _____  |
| 5) _____ | 10) _____ |

A tal fine il/la sottoscritto/a dichiara : (barrare con una X la risposta dovuta):

- |  |    |    |
|--|----|----|
| a) Di avere un rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale;   | SI | NO |
| b) Di essere proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il SSN ai sensi del DPR n° 120/88 e s. m., o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.L.vo n° 502/92 e s.m.  | SI | NO |
| c) Eserciti attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale o sia titolare o compartecipe di quote di imprese o società, anche di fatto, che esercitano attività che configurano conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;  | SI | NO |
| d) Di svolgere attività di medico di medicina generale e di medico pediatra di libera scelta, fatto salvo quanto previsto alla norma finale n° 2 dell' ACN 17/12/2016;   | SI | NO |
| e) Di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di cui all' art. 19 e svolgere contemporaneamente Incarico a tempo determinato di cui all' art. 20 dell' A.C.N. vigente  | SI | NO |
| f) Di esercitare la professione medica con rapporto di lavoro autonomo, retribuito in misura forfettaria c/o Enti o strutture sanitaria pubbliche o private non appartenenti al S.S.N. e che non adottino le clausole normative ed economiche dell'A.C.N. vigente e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configurino un conflitto di interesse; | SI | NO |
| g) Di svolgere funzioni fiscali nell' ambito dell' Azienda Sanitaria presso la quale svolge Attività convenzionale; (indicare la ASL di appartenenza _____)  | SI | NO |
| h) Di fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di Previdenza Competente di cui al Decreto 15 Ottobre 1976 del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale;  | SI | NO |
| i) Di operare a qualsiasi titolo in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private convenzionate o accreditate con il SSN; in tal caso è consentito esclusivamente   | SI | NO |

- |  |    |    |
|--|----|----|
| lo svolgimento dell' attività istituzionale di cui all' A.C.N. vigente e secondo le modalità definite a livello regionale;                             | SI | NO |
| j) Di essere titolare di un rapporto instaurato ai sensi dell' art. 8 quinquies del D.Lgs 30 dicembre n° 502/92 s.m.i.;                                | SI | NO |
| k) Di essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs 17 agosto 1999 n° 368 e s.m.i. | SI | NO |
| l) fruisci di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente;   | SI | NO |

**Il sottoscritto/a dichiara altresì:**

- di svolgere esclusivamente attività ambulatoriale c/o la ASL..... SI NO
- di essere titolare in altro ambito zonale (.....) SI NO
- di essere titolare di pensione erogata da..... SI NO
- di essere Dirigente Medico Ospedaliero a tempo indeterminato  
(specificare la Struttura, la ASL di appartenenza, l'anzianità di servizio)  
..... SI NO
- di essere inserito nella graduatoria di branca valevole per l' anno in corso al n°..... SI NO

**EVENTUALI ANNOTAZIONI IN MERITO ALLA PRESENTE DOMANDA**

---



---



---



---

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DOTT. ....CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, AFFERMA, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000, CHE QUANTO SOPRA DICHIARATO CORRISPONDE AL VERO.

Data ..... FIRMA (per esteso).....

**ALLEGATI:**

1. Curriculum Vitae
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_