

Fac-simile

ASL FG –

U.O. PERSONALE CONVENZIONATO

pec:

comitatozonalefoggia@mailcert.aslfg.it

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI TURNI VACANTI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE  
PUBBLICAZIONE DICEMBRE 2024**

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

**( da inviare entro e non oltre il giorno 15 DICEMBRE 2024 )**

Il Sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

P.E.C. \_\_\_\_\_

**(obbligatoria ai sensi della Legge n. 2 del 28/01/2009 e successiva Legge n. 221/2012 )**

Specializzato in \_\_\_\_\_

Data di specializzazione \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

( ) ai sensi dell'art. 21 comma 6 lettera \_\_\_\_\_ dell'ACN del 04.04.2024 di partecipare all'assegnazione dei sottoelencati turni vacanti a tempo indeterminato indivisibili di Specialistica Ambulatoriale pubblicati nel mese di Dicembre 2024

**BRANCA:** \_\_\_\_\_

POLIAMBULATORIO \_\_\_\_\_ ORE \_\_\_\_\_

POLIAMBULATORIO \_\_\_\_\_ ORE \_\_\_\_\_

POLIAMBULATORIO \_\_\_\_\_ ORE \_\_\_\_\_

POLIAMBULATORIO \_\_\_\_\_ ORE \_\_\_\_\_

POLIAMBULATORIO \_\_\_\_\_ ORE \_\_\_\_\_

POLIAMBULATORIO \_\_\_\_\_ ORE \_\_\_\_\_

POLIAMBULATORIO \_\_\_\_\_ ORE \_\_\_\_\_

POLIAMBULATORIO \_\_\_\_\_ ORE \_\_\_\_\_

POLIAMBULATORIO \_\_\_\_\_ ORE \_\_\_\_\_

POLIAMBULATORIO \_\_\_\_\_ ORE \_\_\_\_\_

POLIAMBULATORIO \_\_\_\_\_ ORE \_\_\_\_\_

POLIAMBULATORIO \_\_\_\_\_ ORE \_\_\_\_\_

A tal fine consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o di produzione di atti falsi o contraffatti è perseguibile personalmente, come prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000 e che, inoltre, qualora da controlli effettuati emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese o dei documenti prodotti, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000),

Il sottoscritto dichiara inoltre, ai fini della rilevazione di eventuali incompatibilità previste dall'art. 27 dell'ACN

**D I C H I A R A** sotto la propria responsabilità di:

(barrare la voce che non interessa)

• **ESSERE / NON ESSERE ( art. 21 comma 6 lettera A )**

( ) Titolare di incarico a tempo indeterminato di specialistica ambulatoriale che svolga, **in via esclusiva**, nell'ambito zonale in cui è pubblicato l'incarico di specialista ambulatoriale a tempo indeterminato nella specialità o area professionale regolamentata dall'ACN del 31.03.2020 sm.i.;

( ) Titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN ubicate nel medesimo ambito zonale;

Branca \_\_\_\_\_

Ente/ ASL \_\_\_\_\_

Dal \_\_\_\_\_ Ore \_\_\_\_\_;

• **ESSERE / NON ESSERE ( art. 21 comma 6 lettera B )**

Titolare di incarico a tempo indeterminato di specialistica ambulatoriale in diverso ambito zonale della Regione o di altra Regione confinante o presso sedi INAIL o SASN della Regione o di altra Regione confinante ) così come di seguito indicato:

Branca \_\_\_\_\_

ASL \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Dal \_\_\_\_\_ Ore \_\_\_\_\_;

• **ESSERE / NON ESSERE ( art. 21 comma 6 lettera C )**

Titolare di incarico a tempo indeterminato di specialistica ambulatoriale in ambito zonale di Regione non confinante o presso sedi INAIL o SASN ubicate in altra Regione non confinante, che faccia richiesta di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità ) così come di seguito indicato:

Branca \_\_\_\_\_

ASL /ENTE \_\_\_\_\_

Dal \_\_\_\_\_ Ore \_\_\_\_\_;

• **ESSERE / NON ESSERE ( art. 21 comma 6 lettera D )**

Titolare di incarichi di specialistica ambulatoriale in branche diverse e che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dall'ACN vigente e richiede di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore di incarico;

Branca \_\_\_\_\_

Ente / ASL \_\_\_\_\_

Dal \_\_\_\_\_ Ore \_\_\_\_\_;

- **ESSERE / NON ESSERE ( art. 21 comma 6 lettera E )**

Titolare di incarichi in branche diverse e che esercita esclusivamente attività di specialistica ambulatoriale regolamentata dall'ACN vigente e richiede il passaggio in altra branca della quale è in possesso del titolo di specializzazione così come di seguito indicato:

Branca \_\_\_\_\_

Ente / ASL \_\_\_\_\_

Dal \_\_\_\_\_ Ore \_\_\_\_\_;

- **ESSERE/NON ESSERE (art. 21 comma 6,lett. F )**

Titolare di incarico a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale che svolga altra attività compatibile nel rispetto di quanto previsto dall'art. 28 comma 1 dell'ACN;

- **ESSERE/NON ESSERE (art. 21 comma 6,lett. G )**

Titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa (limitatamente a coloro a cui si applica l'A.C.N.)

- **ESSERE/NON ESSERE ( art. 21 comma 6 lettera H )**

**inserito nella graduatoria regionale definitiva valevole per l'anno 2024**

nella branca di \_\_\_\_\_ - posizione n ° \_\_\_\_\_

(Specialisti, veterinari e professionisti iscritti nelle graduatorie di cui all'art. 19 dell'ACN vigente, in vigore il primo giorno utile per la presentazione della domanda, **con esclusione dei già titolari di incarico a tempo indeterminato**)

- **ESSERE/NON ESSERE ( art. 21 comma 6 lettera I )**

Specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui all'art. 19 dell'A.C.N.

- **ESSERE/NON ESSERE (art. 21 comma 6,lett. J )**

Medico di medicina generale, medico specialista pediatra di libera scelta, medico dipendente di struttura pubblica 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

(specificare Azienda / tipo di rapporto / decorrenza) \_\_\_\_\_

- **ESSERE/NON ESSERE titolare di trattamento pensionistico erogato da**

**SVOLGERE / NON SVOLGERE** ulteriori incarichi professionali o comunque denominati presso Enti diversi dal S.S.N. qualunque sia la tipologia del rapporto anche se denominato di tipo libero/professionale (indicare Ente e tipo di attività svolta)

TIPO INCARICO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

EVENTUALI ALTRE NOTE / COMUNICAZIONI / ALTRE ATTIVITA' PROFESSIONALI :

---

---

---

---

---

li

In fede

\_\_\_\_\_

firma leggibile

Allega fotocopia documento d'identità in corso di validità