

a norma dell'art. 21 comma 1 la domanda - **IN FORMATO PDF** - **NO FORMATO JPG (foto)** – da inviare **ESCLUSIVAMENTE A MEZZO PEC** dal 1° al 15° giorno dello stesso mese della pubblicazione: marzo, giugno, settembre e dicembre.

Il sottoscritto:  - MEDICO SPECIALISTA  - MEDICO VETERINARIO  
 - BIOLOGO  - CHIMICO  - PSICOLOGO

Dott. .... nato/a a .....  
(prov. di .....) il ..... Codice Fiscale:.....  
**RESIDENZA:**  
Via/Piazza/Largo ..... n.....  
Comune.....Prov..... CAP..... Cell.....  
e-mail.....  
PEC.....@..... (obbligatorio)

laureato/a in: ..... il: ....., iscritto all'Albo/Ordine ..... provincia:  
..... dal: ....., in possesso del titolo di specializzazione nella branca specialistica di:  
.....  
conseguita presso l'Università di:.....il:.....  
ai sensi dell'art. 21 dell'A.C.N. 04.04.2024

**MANIFESTA LA PROPRIA DISPONIBILITA' PER IL CONFERIMENTO INCARICO A TEMPO INDETERMINATO:**

- branca medica di** (indicare una sola branca): .....
- professionalità sanitaria di:** .....

**Ed in particolare fa domanda di:** (barrare con una X l'opzione interessata nel rispetto della propria posizione come previsto dall'art. 21 ACN 31.03.2020,)

- aumento orario ( *lett.a* ) titolare di incarico a tempo indet. nello stesso ambito zonale (Roma e Provincia)
- aumento orario ( *lett.b* ) titolare di incarico a tempo indet. in diverso ambito zonale della regione o di regione confinante
- trasferimento ( *lett.c* ) titolare di incarico a tempo indeterminato in regione non confinante
- passaggio in altra branca ( *lett. e* ) della quale è in possesso di spec.ne - (già titolare a tempo indeterminato)
- primo incarico a tempo indeterminato ( *lett.g* ) titolare convenzionato tempo ind. presso Ministero Difesa
- primo incarico a tempo indeterminato ( *lett.h* ) posizione inserita nella GRADUATORIA vigente
- primo incarico a tempo indeterminato ( *lett.i* ) specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui all'art. 19
- primo incarico a tempo indeterminato ( *lett.j* ) medico di medicina generale, medico specialista pediatria libera scelta, medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale
- NORMA FINALE N.7** (odontoiatri) – anzianità d'incarico a tempo determinato, incarico provvisorio o incarico di sostituzione dal ..... e di aver svolto almeno tre anni di attività convenzionale ai sensi dell'ACN NELLA BRANCA DI ODONTOIATRIA: dal ..... Al ..... , c/o .....

(Indicare di seguito, secondo l'ordine di preferenza i turni pubblicati)

1) ASL Roma ..... branca ..... ore settimanali: ..... presidio:..... con orario:.....
2) ASL Roma ..... branca ..... ore settimanali: ..... presidio:..... con orario:.....
3) ASL Roma ..... branca ..... ore settimanali: ..... presidio:..... con orario:.....
4) ASL Roma ..... branca ..... ore settimanali: ..... presidio:..... con orario:.....
5) ASL Roma ..... branca ..... ore settimanali: ..... presidio:..... con orario:.....
6) ASL Roma ..... branca ..... ore settimanali: ..... presidio:..... con orario:.....

**LA COMPILAZIONE DI QUESTO SPAZIO E' RISERVATA ESCLUSIVAMENTE AL TITOLARE A TEMPO INDETERMINATO CHE AUTOCERTIFICA ai sensi del DPR 445/00 e s.m.i.**

**DI SVOLGERE GIA' L'ATTIVITA' INDICATA in pubblicazione**

presso la ASL..... Presidio/Servizio .....

ai fini della attribuzione del turno vacante richiesto al punto n. \_\_\_ n. \_\_\_ n. \_\_\_ n. \_\_\_ di pag. 2 del presente modulo pubblicato con commissione (art. 20 co. 5 ACN 31.03.2020)  
*applicazione disposizione circolare Regionale prot. 610461 del 4.11.2014*

Data ..... Firma per esteso .....

**il sottoscritto dichiara:**

di essere già titolare di incarico ambulatoriale a tempo indeterminato, ACN specialistica ambulatoriale dal: ..... Nella BRANCA di .....  
Presso .....

**AVVERTENZE PER I TITOLARI**

IN CASO DI SOVRAPPOSIZIONE ORARIA TRA I TURNI IN ATTO E I TURNI RICHIESTI, E' NECESSARIO ALLEGARE IL NULLA OSTA ALLA VARIAZIONE ORARIA COMPILANDO L'APPOSITO MODULO ALLEGATO (all.1) ALLA PRESENTE DOMANDA DI PARTECIPAZIONE. **IL MANCATO INVIO DEL MODULO ALLEGATO, ADEGUATAMENTE COMPILATO IN OGNI SUA PARTE, COMPORTA L'ESCLUSIONE DELLA DOMANDA DALLA PROCEDURA DI ASSEGNAZIONE.**

EVENTUALI CESSAZIONI/RIDUZIONI ORARIE DELL'INCARICO IN ATTO DEVONO ESSERE ESPRESSAMENTE DICHIARATE NELLA PRESENTE DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA **SEZIONE NOTE**.

**(Riportare di seguito gli incarichi di titolarità a tempo indeterminato attualmente svolti, indicando l'articolazione oraria):**

ASL/Ente	Presidio	Tot. ore sett.	Lunedì orario	Martedì orario	Mercoledì orario	Giovedì orario	Venerdì orario	Sabato orario

**II SOTTOSCRITTO DICHIARA**

- di non essere titolare di pensione;
- di avere  di non avere altro rapporto di lavoro, a qualsiasi titolo, con strutture pubbliche o strutture private;
- di essere  di NON essere
- Dipendente Servizio Sanitario Nazionale  Medico di Medicina dei Servizi
- Medico di Medicina Generale  Medico di Continuità Assistenziale
- Pediatra di Libera Scelta
- tempo determinato  tempo indeterminato dal .....

Presso.....

**Note:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 e s.m.i. sulle **responsabilità penali** cui può andare incontro chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal vigente T.U. sopracitato, che **quanto affermato nel presente modulo di domanda corrisponde al vero;**

**N.B. allegare fotocopia di documento di identità in corso di validità.**

Data..... Firma per esteso .....

Responsabile Sanitario

Dott. \_\_\_\_\_

Ufficio Personale a Convenzione

ASL \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a .....

Titolare di incarico a tempo indeterminato presso codesta Azienda, nella branca di ..... per n. ore \_\_\_\_ come di seguito articolate:

Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	domenica

**CHIEDE**

**PREVENTIVA VARIAZIONE ORARIO - USO PRELAZIONE PER DOMANDA TURNI COMITATO ZONALE DI ROMA E PROVINCIA**

come di seguito indicata:

- *la variazione orario avrà seguito, solamente in caso il/la sottoscritto/a risultasse assegnatario/a del turno pubblicato al Comitato Zonale di Roma -*

Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	domenica

**N.B.**

*Il/la sottoscritto/a, in caso di assegnazione di nuovo incarico, comunicherà, al competente Ufficio Personale a Convenzione, l'esito positivo della procedura, al fine della formalizzazione della variazione e/o riduzione ORARIO dell'incarico in atto.*

Firma \_\_\_\_\_

Il Responsabile  
Sanitario

Ufficio Personale a Convenzione  
ASL \_\_\_\_\_

autorizza

**PRESA VISIONE**

non autorizza

(timbro)