ATS Sardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Nuoro

Alla ASSL di NUORO

dir.asslnuoro@pec.atssardegna.it
medicinaconvenzionata.nuoro@atssardegna.it

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE
MEDICINA SPECIALISTICA EMERGENZA COVID

INCARICHI SEMESTRALI A TEMPO DETERMINATO RINNOVABILE-

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____ ,

nato/a _____ il_____residente a_____

in via _____, E-Mail _____

Telefono_____ **pec:**_____

DICHIARA DI ESSERE:

Laureato in _____ _____ presso _____

_____ in data _____, Specializzato in_____

_____ presso _____ in data _____,;

Iscritto all'Albo professionale dei_____ _____ in data _____

abilitato all'esercizio della professione di _____ con annotazione della specializza-zione in _____

CHIEDE DI PARTECIPARE ALL'ATTRIBUZIONE DELLE SEGUENTI ORE DI INCARICO A TEMPO DETERMINATO:

ASSL/ALTRO	BRANCA/AREA PROFESSIONALE.	NUMERO ORE
Nuoro		38

A TAL FINE DICHIARA DI ESSERE

○☐ **titolare di rapporto convenzionale a tempo indeterminato** con il S.S.N. (INAIL, INPS) identificato ai sensi dell'A.C.N. 31/03/2020 art. 21 comma 2 come appresso specificato (barrare la lettera di interesse):

lett. a) stessa branca o area professionale e stesso ambito zonale di pubblicazione del turno;*

lett. b) stessa branca o area professionale in diverso ambito zonale della stessa regione o regioni li mitrofe;*

lett. c) stessa branca o area professionale in ambito zonale di diversa regione;*

lett. d) in branche diverse che chiede di concentrare le ore complessive in una sola branca;*

lett. e) in altra branca o area professionale che chiede il passaggio in altra branca della quale è in possesso del titolo di specializzazione;*

lett. f) nello stesso ambito zonale che svolga altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto all'articolo 28, comma 1;*

lett. g) presso il Ministero della Difesa (limitatamente a coloro a cui si applica il presente Accordo); *

◯☐ **NON titolare di rapporto convenzionale a tempo indeterminato** con il S.S.N. (INAIL, INPS), che si trova nella situazione appresso specificata ai sensi dell'A.C.N. 31/03/2020 art. 21 comma 2 (barrare la lettera di interesse)

lett. h) specialisti, veterinari e professionisti iscritti nelle graduatorie di cui all'articolo 19 del presente Accordo in vigore nel periodo di pubblicazione degli incarichi. L'accettazione dell'incarico a tempo indeterminato comporta la cancellazione dalla graduatoria valida per l'anno in corso; **Posizione in grad. _____**

lett. i) specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 19;

lett. j) medico di medicina generale, medico specialista pediatra di libera scelta, medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale (titolare di incarico a tempo indeterminato) 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 di specialista ambulatoriale. *

***Dichiara che l'incarico sopra indicato è svolto presso la seguente sede di servizio :_____ _____(indicare ente, comune e provincia) e decorre dal giorno _____(indicare la decorrenza dell'incarico a tempo determinato).**

DATA _____ FIRMA_____

si allega documento di identita' in corso di validita'