

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI TURNI DISPONIBILI

PUBBLICAZIONE DEL MESE DI _____ TRIMESTRE _____ ANNO _____

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 _____, Specializza-
to 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 FINALIZZATO ALL'ABBATTIMENTO DELLE LISTE D'ATTESA
DELLA DURATA NON SUPERIORE A SEI MESI EVENTUALMENTE RINNOVABILE:**

(NB le ore non sono frazionabili ex art.20 comma 4 ACN 31/03/2020)

ASSL/ALTRO	SEDE	BRANCA/AREA PROFESS.	NUMERO ORE

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 limitrofe;*
- 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 identità in corso di validità