

**MEDICINA SPECIALISTICA**  
**ORE PROG. ABBATTIMENTO LISTE D'ATTESA-**  
**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

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**  
**specializzazione 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:**

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 \_\_\_\_\_