

ASSLLanusei

via Piscinas, 5

08045 LANUSEI

OGGETTO: Domanda Di partecipazione all'attribuzione di ore di specialistica ambulatoriale per l'abbattimento delle liste d'attesa

Il/la Sottoscritto/a Dott.Dott.ssa _____, nato/a
_____, il _____, residente a _____,
via _____, n° _____, Telefono o cellulare _____
domicilio diverso dalla residenza _____
e-mail _____ pec _____.

COMUNICA

La propria disponibilità a partecipare all'attribuzione delle seguenti ore d'incarico a tempo determinato finalizzato all'abbattimento delle liste d'attesa della durata non superiore a sei mesi eventualmente rinnovabile:

SEDE	BRANCA	NUMERO ORE
DISTRETTO DI TORTOLI	PNEUMOLOGIA	38
DISTRETTO/POLIAMBULATORI	OCULISTICA	8

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 appreso specificato (barrare la lettera d'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 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 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 appreso specificata ai sensi dell'A.C.N. 31/03/2020 art. 21 comma 2 (barrare la lettera d'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 della graduatoria valida per l'anno in corso; **Posizione in grado** _____

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

lett.j) medico di medicina generale, medico specialista pediatra di libera scelta, medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale (titolare d'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

Dichiara inoltre, che le notizie sopra riportate corrispondono al vero e di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

Informativa resa all'interessato per il trattamento dei dati personali ai sensi del DLGS 30/6/2003 n.196. I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento di conferimento di incarichi provvisori di continuità assistenziale e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo. **ALLEGO alla presente Fotocopia di idoneo documento di riconoscimento in corso di validità (art. 38 c.3 DPR445/00).**

DATA _____

FIRMA _____