

dir.asslnuoro@pec.atssardegna.it

Oggetto: disponibilità incarico**Procedura volta al completamento orario ai sensi dell'art. 20 comma 1 ACN 2020.**

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa (cognome) _____ (nome) _____
 nato/a a _____ (prov. _____) il _____ residente nel Comune di _____ (prov. _____)
 in Via _____ n° _____ Cap. _____ Cell. _____
 PEC _____
 e-mail _____ recapito postale in _____ via _____ n° _____
 cittadinanza _____

DICHIARA

ai sensi dell'art. 46 e 47 del DPR 445/2000

Di essere

specializzato in _____ presso _____ in data _____

laureato in _____ presso _____ in data _____

iscritto all'Albo professionale dei _____ abilitato all'esercizio della professione di _____
 con annotazione della specializzazione.

di essere titolare di incarico a tempo indeterminato, ai sensi dell'ACN 31.03.2020 nella branca di _____
 con anzianità di incarico a tempo indeterminato dal _____ con un totale complessivo ore settimanali espletate pari a n° _____ e di svolgere l'attività nelle sedi sotto indicate:

ASSL di _____ Poliambulatorio di _____ Branca di _____

Orario settimanale Lun. _____ // Mart. _____
 Merc. _____ // Giov. _____
 Ven. _____ // Sab. _____

Ore settimanali complessive n. _____ dal _____ tipologia incarico _____

ASSL di _____ Poliambulatorio di _____ Branca di _____

Orario settimanale Lun. _____ // Mart. _____
 Merc. _____ // Giov. _____
 Ven. _____ // Sab. _____

Ore settimanali complessive n. _____ dal _____ tipologia incarico _____

ASSL di _____ Poliambulatorio di _____ Branca di _____

Orario settimanale Lun. _____ // Mart. _____
 Merc. _____ // Giov. _____
 Ven. _____ // Sab. _____

Ore settimanali complessive n. _____ dal _____ tipologia incarico _____

ASSL di _____ **Poliambulatorio** di _____ **Branca** di _____
Orario settimanale Lun. _____ // Mart. _____
Merc. _____ // Giov. _____
Ven. _____ // Sab. _____
Ore settimanali complessive n. _____ dal _____ tipologia incarico _____

CHIEDE

che le/gli venga assegnato, al fine di raggiungere il massimale orario pari a 38 ore settimanali, l'incarico in oggetto, ai sensi dell'art. 20, comma 1* dell'A.C.N. 31.03.2020 per un totale di n. _____ ore, da espletare con le seguenti modalità prescelte dal/lla sottoscritto/a:

Indicare gli orari:

- **presso** (disponibili n..... ore settimanali:)
- il/i giorno/i..... dalle ore ____:____ alle ore ____:____ (ore totali richieste: ____)

DICHIARA, INOLTRE,

- di essere / non essere titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, e di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;
- di essere / non essere proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
- di esercitare / non esercitare attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
- di essere / non essere titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
- di svolgere / non svolgere attività di medico di medicina generale;
- di svolgere / non svolgere attività pediatra di libera scelta;
- di essere / non essere titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
- di esercitare / non esercitare la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale e che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e non si configuri un conflitto di interessi (in caso affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività _____);
- di svolgere / non svolgere funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;
- di fruire / non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
- di operare / non operare, a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. (in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività _____);

12. di essere / non essere titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

13. di essere/ non essere iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;

14. di fruire / non fruire di trattamento di quiescenza;

15. di avere / non avere subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale (in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata _____);

16. di essere / non essere soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale de _____ di _____. In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo): _____;

17. di avere / non avere riportato condanne penali anche non ancora passate in giudicato. In caso affermativo, specificare: _____;

18. di avere / non avere procedimenti penali pendenti. In caso affermativo, specificare: _____;

19. di percepire / non percepire l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale (in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta _____ e la misura dell'indennità percepita _____).

Dichiarazione resa ai sensi dell'art. 46 e 47 del DPR 445/2000: Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, afferma che quanto sopra corrisponde al vero. Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del Dlgs. n. 196/03 e successive modificazioni, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

1/2 Allega fotocopia del documento d'identità

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 Regolamento EU/2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

DATA

FIRMA

*Legenda:

ART. 20 – PUBBLICAZIONE DEGLI INCARICHI.

1. Ciascuna Azienda, prima di procedere alla pubblicazione degli incarichi, **verifica la possibilità di completare l'orario degli specialisti ambulatoriali, veterinari e professionisti già titolari a tempo indeterminato presso l'Azienda stessa nella medesima branca** o area professionale. In tal caso, le ore resesi disponibili e da assegnare, **anche mediante frazionamento**, per realizzare il completamento orario del tempo pieno (38 ore settimanali), **sono assegnate con priorità ai titolari con maggiore anzianità di incarico. A parità di anzianità prevale il maggior numero di ore di incarico, in subordine l'anzianità di specializzazione ed infine la minore età.** L'Azienda rende nota tale disponibilità sul proprio sito istituzionale.
2. **Allo specialista ambulatoriale, veterinario o professionista che rinunci al completamento di cui al comma precedente è preclusa la possibilità di partecipare alla assegnazione di incarichi nella stessa Azienda per due turni di pubblicazione e di percepire l'indennità di cui all'articolo 45 fino all'accettazione di ampliamento orario.**
3. Espletate le procedure di cui al comma 1, i provvedimenti adottati dalle Aziende per l'attivazione di nuovi incarichi, per l'ampliamento di quelli in atto e per la copertura di quelli resesi disponibili, vengono pubblicati dalla Azienda sede del Comitato zonale di riferimento sull'albo o sul sito aziendale nei mesi di marzo, giugno, settembre e dicembre dal giorno 1 al giorno 15 dello stesso mese.
4. La pubblicazione degli incarichi ai sensi del comma precedente non può essere revocata e gli incarichi non sono frazionabili in sede di assegnazione.
5. Qualora la pubblicazione degli incarichi inerenti una branca specialistica o area professionale, di cui al presente Accordo, contenga la richiesta di possesso di particolari capacità professionali, la scelta dello specialista ambulatoriale, del veterinario o del professionista avviene previa valutazione da parte di una commissione tecnica aziendale, nominata dall'Azienda, composta da tre specialisti, veterinari o professionisti della medesima branca/area professionale designati dal Comitato zonale, che definisce altresì le procedure ed individua il componente con funzioni di Presidente.
L'Azienda assegna gli incarichi ai candidati ritenuti idonei dalla commissione di cui al presente comma secondo quanto previsto all'articolo 21 per gli incarichi a tempo indeterminato.
6. In sede di pubblicazione degli incarichi di psicologia e di psicoterapia, le Aziende devono specificare se gli stessi sono destinati a medici o psicologi.