

## DOMANDA di PARTECIPAZIONE ai TURNI DISPONIBILI

Medici Specialisti Ambulatoriali, Veterinari e altre Professionalità ( Biologi, Chimici, Psicologi e Psicoterapeuti)

ai sensi dell'art. 22 e 23 dell'A.C.N. del 29.7.2009

RACCOMANDATA A.R.

**AI COMITATO CONSULTIVO ZONALE  
Azienda USL di FROSINONE**

Via Armando Fabi s.n.c.

03100 FROSINONE

(tel e fax 0775/882501)

[comitatozonale@aslfrasione.it](mailto:comitatozonale@aslfrasione.it)

\_\_ I \_\_ sottoscritt \_\_ (barrare la figura professionale che interessa)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> - MEDICO SPECIALISTA | <input type="checkbox"/> - MEDICO VETERINARIO |
| <input type="checkbox"/> - BIOLOGO            | <input type="checkbox"/> - CHIMICO            |
| <input type="checkbox"/> - PSICOLOGO          | <input type="checkbox"/> - PSICOTERAPEUTA     |

**Dott.** .....nato/a a .....  
(prov.di.....) il ..... **C.F.**.....  
N° Codice ENPAM (o di altro Ente Prev.le: indicare quale): .....  
laureato/a in: ..... il: ....., con voti .....iscritto/a  
all'Albo/Ordine dei/degli (indicare quale): ..... di: .....  
dal: ....., in possesso di specializzazione nella branca specialistica/scuola univ. di spec.ne  
in: .....  
presso l'Università di:.....il ....., con voti .....

**presenta domanda di:**

**conferimento incarico ai sensi degli artt. 22 e 23 dell'A.C.N. 23.3.2005 e s.m.i.di cui A.C.N. del 29.7.09, per la:**

- Branca medica di:** .....
- Altra attività prof.le sanitaria di:** .....

**per il turno/i** di seguito indicati secondo l'ordine di preferenza specificato:

1) Distretto "....." di .....**presidio:** .....  
**totale ore sett.li:** .....

2) Distretto "....." di .....**presidio:** .....  
**totale ore sett.li:** .....

3) Distretto "....." di .....**presidio:** .....  
**totale ore sett.li:** .....

4) Distretto "....." di .....**presidio:** .....  
**totale ore sett.li:** .....

Qualora lo spazio di cui sopra risultasse insufficiente, l'interessato potrà riportare le scelte successive, nel rispetto dell'ordine consequenziale di preferenza, su un foglio debitamente firmato e datato, allegato alla presente –  
**NON SPEDIRE SEPARATAMENTE ALTRI MODULI DI DOMANDA.**

In particolare fa domanda di: (barrare con una X l'opzione interessata nel rispetto della propria posizione come previsto dall'art. 23 A.C.N. 23.3.2005 e s.m.i., riportato in estratto, per informativa, a pagina 4 del presente modulo)

- aumento orario (tempo indeterminato – art. 23, co. 1, lett. a) A.C.N.;
- aumento orario (tempo indeterminato – art. 23, co. 1, lett. b) A.C.N.;
- trasferimento nello stesso ambito zonale - tempo indeterminato – art. 23, co. 1, lett. a) A.C.N.;
- trasferimento da diverso ambito zonale - tempo indeterminato - art. 23, co. 1, lett. d) A.C.N.;
- passaggio in altra branca della quale è in possesso di spec.ne- art. 23 co. 1 lett. e) A.C.N.;
- primo incarico tempo indeterminato - art. 23, co. 1, lett. g) A.C.N.;
- aumento orario o trasferimento tempo determinato - art. 23, co. 1, lett. h) A.C.N.;
- primo incarico tempo indeterminato - art. 23, co. 1, lett. l) A.C.N.;
- primo incarico tempo determinato (posizione graduatoria vigente dal 1 giorno del mese successivo a quello di pubblicazione circ. reg. prot. 122510 del 16.10.09)– art. 23, comma 10 A.C.N.;

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere titolare di pensione a carico di Ente diverso dall'Enpam-Enpav-Enpab-Enpap-Epap, indicare quale:..... dal .....

### A TAL FINE DICHIARA

ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i. (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa) di:

- essere titolare di incarico ambulatoriale ACN tempo indeterminato, dal: .....
- essere titolare di incarico ambulatoriale ACN tempo determinato, dal: .....

Il sottoscritto dichiara altresì quanto di seguito specificato:

- gli incarichi in atto svolti nella branca di ..... ai sensi dell'art. 23 dell'A.C.N. 23.3.05 e s.m.i., c/o Aziende Sanitarie Locali/Enti: (n.b. **non riportare incarichi temporanei di sostituzione**)

Provincia	ASL/Ente	Presidio	Ore sett.	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato

Totale ore \_\_\_\_\_

- di non essere titolare o incaricato in altro rapporto di lavoro, a qualsiasi titolo, con strutture pubbliche o strutture private accreditate;
- diversamente, specifica di seguito i rapporti convenzionali o di dipendenza a tempo determinato o indeterminato che, parimenti, ha in atto con strutture pubbliche o private (indicare con precisione l'amministrazione competente - in particolare se di altra regione- indirizzo completo e telefono; elementi indispensabili per il reperimento delle informazioni utili ad accertare la veridicità della dichiarazione prodotta così come previsto all'art.43, c.1, del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, in materia di documentazione amministrativa):

## Avvertenze

I TITOLARI CHE TROVASI IN SOVRAPPOSIZIONE DI ORARIO TRA I TURNI IN ATTO e I TURNI RICHIESTI DOVRANNO ALLEGARE ALLA PRESENTE DOMANDA LA RICHIESTA DI VARIAZIONE O DI RIDUZIONE PARZIALE DELL'ORARIO DI SERVIZIO DEL TURNO SVOLTO, USO PRELAZIONE, COMPLETA DEL RELATIVO BENESTARE DALLA ASL/ENTE DI APPARTENENZA.  
IL NULLA-OSTA DEFINITIVO DOVRA' ESSERE INVIATO AL COMITATO ZONALE DIRETTAMENTE DALLA AMMINISTRAZIONE INTERESSATA.

N.B. indicare di seguito il recapito presso il quale si vuole ricevere ogni comunicazione :

.....  
.....  
.....

(scrivere in modo leggibile)

### IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INFINE:

consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 e s.m.i. sulle responsabilità penali cui può andare incontro chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal vigente T.U. sopracitato, che **quanto sopra affermato corrisponde al vero.**

**Si allega alla presente, fotocopia del documento di identità in corso di validità datato e firmato**

Data \_\_\_\_\_

Firma per esteso \_\_\_\_\_  
(leggibile)

**N.B.** Si informa che, ai sensi dell'art.71 co.1 DPR 445/2000, *"Le amministrazioni procedenti sono tenute ad effettuare idonei controlli, anche a campione e in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di cui agli articoli 46 e 47"*.

**ART.23 A.C.N. 23.3.05 e s.m.i. dell' A.C.N. 29.7.09 – MODALITA' PER L'ATTRIBUZIONE DI TURNI DISPONIBILI A TEMPO INDETERMINATO E A TEMPO DETERMINATO**

"1. Premesso che lo specialista ambulatoriale o il professionista può espletare attività ambulatoriale ai sensi del presente Accordo, in una **sola** branca medica specialistica o area professionale e all'interno di uno o più ambiti zonali della stessa regione o ambiti zonali di altra regione confinante, e che le ore di attività sono ricoperte attraverso conferimento di nuovo incarico o aumenti di orario nella stessa branca o area professionale, o attraverso riconversione in branche diverse, per l'attribuzione dei turni comunque disponibili, di cui all'art. 22 comma 1, l'avente diritto è individuato attraverso il **sequente ordine di priorità**:

**a) titolare di incarico a tempo indeterminato** che, nella specialità o area professionale esercitata, svolga nell'ambito zonale in cui è pubblicato il turno, **esclusivamente** attività ambulatoriale regolamentata dal presente Accordo; **titolare di incarico a tempo indeterminato nella specialità presso l'INAIL e il SASN; medico generico ambulatoriale, di cui alla norma finale n. 5 del presente Accordo**, in servizio alla data di entrata in vigore del presente Accordo, che faccia richiesta al Comitato zonale di ottenere un incarico medico specialistico nella branca di cui è in possesso del titolo di specializzazione, per un numero di ore **non superiore** a quello dell'incarico di cui è titolare; è consentito a tale medico di mantenere l'eventuale differenza di orario tra i due incarichi fino a quando l'incarico da specialista ambulatoriale non copra per intero l'orario di attività che il medico stesso svolgeva come generico di ambulatorio (**ciòè: Medico di Medicina Generale ex-Enti** (n.d.r.));

**b) titolare di incarico a tempo indeterminato che svolga, in via esclusiva, attività ambulatoriale** regolamentata dal presente Accordo, **in diverso ambito zonale della stessa regione o in ambito zonale di altra regione confinante**. Relativamente all'attività svolta come aumento di orario ai sensi della presente lett. b) allo specialista ambulatoriale e al professionista **non** compete il rimborso delle spese di viaggio di cui all'art. 46;

**c) specialista titolare di incarichi in branche diverse e che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dal presente Accordo, il quale richiede di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore di incarico;**

**d) titolare di incarico a tempo indeterminato in altro ambito zonale, che faccia richiesta al Comitato zonale di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità;**

**e) specialista ambulatoriale titolare di incarico a tempo indeterminato che esercita esclusivamente attività ambulatoriale** regolamentata dal presente Accordo e chiede il **passaggio in altra branca della quale è in possesso del titolo di specializzazione;**

**f) titolare di incarico a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale, che per lo svolgimento di altra attività sia soggetto alle limitazioni di orario di cui all'art. 16;**

**g) titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa, il Ministero di Grazia e Giustizia;**

**h) titolare di incarico a tempo determinato, ai sensi del successivo comma 10, secondo l'ordine di precedenza di cui alle precedenti lettere, che faccia richiesta di incremento di orario o di trasferimento;**

**i) specialista ambulatoriale titolare di pensione a carico di Enti diversi dall'ENPAM;**

**l) medico di medicina generale, medico specialista pediatra di libera scelta, medico di medicina dei servizi, medico della continuità assistenziale, medico dipendente di struttura pubblica 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.**

2. Ai fini delle procedure di cui al comma 1, per **ogni singola lettera dalla a) alla l)**, **l'anzianità del servizio riconosciuto ai fini della prelazione, costituisce titolo di precedenza**; in caso di **pari anzianità di servizio** è data precedenza **all'anzianità di specializzazione successivamente all'anzianità di laurea ed in subordine all'età anagrafica.**

3. In **ogni** caso, allo specialista ambulatoriale o al professionista, disponibile ad assumere l'incarico ai sensi del comma 1 **non** è consentito il **trasferimento** qualora **non** abbia maturato **un'anzianità di servizio di almeno 18 mesi nell'incarico in atto**, alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione della dichiarazione di disponibilità.

..... OMISSIS .....

**10.** Qualora sussistano **ancora** turni vacanti, le aziende procedono alla assegnazione dei turni a specialisti ambulatoriali o professionisti non ancora titolari di incarico **presenti nelle graduatorie** di cui all'art. 21 del presente Accordo in vigore il primo girone utile per la domanda, che abbiano espresso la propria disponibilità **all'atto della pubblicazione dei turni vacanti, secondo l'ordine di graduatoria (ciòè: primo incarico a tempo determinato** (n.d.r.)).

Gli incarichi hanno **durata annuale e sono rinnovati automaticamente** alla scadenza al sanitario interessato, salvo comunicazione motivata all'interessato con lettera A/R, almeno 30 giorni prima della scadenza dell'incarico.

..... OMISSIS .....