

DOMANDA di PARTECIPAZIONE ai TURNI DISPONIBILI

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

ai sensi dell'art. 19, dell'A.C.N. del 17/12/2015

RACCOMANDATA A.R.

AI COMITATO CONSULTIVO ZONALE

Azienda USL di FROSINONE

Via Armando Fabi s.n.c.

03100 FROSINONE

(tel 0775/8821)

comitatozonale@aslfrosinone.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.....:

Indirizzo:

Tel e-mail:

N° Codice ENPAM (o di altro Ente Prev.le: indicare quale):

laureato/a in: il:, con votiiscritto/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 DISPONIBILITA' per il conferimento incarico a TEMPO INDETERMINATO

ai sensi dell'art. 19, comma 1, dell'A.C.N. 17/12/2015 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 "....." dipresidio:

totale ore sett.li:

2) Distretto "....." dipresidio:

totale ore sett.li:

3) Distretto "....." dipresidio:

totale ore sett.li:

4) Distretto "....." dipresidio:

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. 19 dell' AC.N. 17/12/2015 .)

- titolare incarico a tempo indeterminato stesso ambito zonale – art.19, co. 2, lett. a);
- titolare incarico a tempo indeterminato diverso ambito zonale della Regione o altra Regione confinante – art.19, co. 2, lett. b);
- titolare incarico a tempo indeterminato in ambito zonale di Regione non confinante – art.19, co. 2, lett. c);
- passaggio in altra branca della quale è in possesso di specializzazione (già titolare di incarico a Tempo Indeterminato) art. 19, co. 2, lett. e) ;
- titolare incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa – art.19, co. 2, lett. g);
- Medici Specialisti, Medici Veterinari e Professionisti iscritti nelle graduatorie di cui all'art. 17(posizione inserita nella graduatoria di cui all'art. 17 in vigore il primo giorno utile per la presentazione della domanda) con esclusione dei già titolari ad incarico a tempo indeterminate art. 19, co. 2, lett. h);
- Medico di Medicina Generale, Medico Specialista Pediatra di Libera Scelta, Medico dipendente del SSN, 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- art. 19, co. 2, lett. i);
- altro (art. 19) _____

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: _____

Il sottoscritto dichiara altresì quanto di seguito specificato:

- gli incarichi **in atto** svolti nella branca di ai sensi dell'A.C.N. , 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 avere 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.19 ACN 17.12.2015
“Assegnazione di incarichi a tempo indeterminato”

co 1 “Gli specialisti, i veterinari e i professionisti aspiranti all’incarico devono comunicare, con lettera raccomandata A.R., **dal 1 al 10 giorno del mese successivo a quello della pubblicazione** di cui all’art. 18, co. 3, la propria disponibilità alla sede del Comitato Zonale, la quale individua, entro i 20 giorni successivi alla scadenza del termine, l’avente diritto secondo l’ordine di priorità di cui al comma successivo.

co 2. “Lo specialista ambulatoriale, il veterinario o il professionista può espletare attività ambulatoriale ai sensi del presente Accordo in una sola branca medica specialistica o area professionale con rapporto di lavoro convenzionato unico a tutti gli effetti, instaurato con una o più Aziende della stessa Regione o di Aziende di altra Regione confinante. Le ore di attività sono ricoperte attraverso conferimento di un nuovo incarico o aumenti di orario nella stessa branca o area professionale, o attraverso riconversione in branche diverse. Per l’assegnazione degli incarichi a tempo indeterminato l’avente diritto è individuato attraverso il seguente ordine di priorità:

a) titolare di incarico a tempo indeterminato che svolga, in via esclusiva, nell’ambito zonale in cui è pubblicato l’incarico, attività ambulatoriale nella specialità o area professionale regolamentata dal presente Accordo; titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN ubicate nel medesimo ambito zonale; 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 (**cioè: Medico di Medicina Generale ex-Enti (n.d.r.)**);

b) titolare di incarico a tempo indeterminato, che svolga esclusivamente attività regolamentata dal presente Accordo, in diverso ambito zonale della regione o di altra regione confinante; titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN della Regione o di altra Regione confinante. Relativamente all’attività svolta come incremento orario ai sensi della presente lett. b) **non** compete il rimborso delle spese di viaggio di cui all’art. 48;

c) titolare di incarico a tempo indeterminato in ambito zonale di Regione non confinante o titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN di Regione non confinante, che faccia richiesta di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità;

d) 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;

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 svolga altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto all’art. 26, comma 1;

g) titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa;

h) specialisti, veterinari e professionisti iscritti nelle graduatorie di cui all’art. 17 del presente Accordo in vigore il primo giorno utile per la presentazione della domanda, con esclusione dei già titolari di incarico a tempo indeterminato;

i) medico di medicina generale, medico specialista pediatra di libera scelta, medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale 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.

3. Ai fini delle procedure di cui al comma 2, per **ogni singola lettera dalla a) alla i)**, con esclusione della lettera h), **l’anzianità riconosciuta ai fini della prelazione costituisce titolo di precedenza;** in caso di **pari posizione** è data precedenza **all’anzianità di specializzazione e, successivamente, all’anzianità di laurea ed in subordine alla minore età anagrafica.**

4. L’Azienda, dopo aver esperito inutilmente le procedure osservando tutte le priorità di cui al comma 2, può conferire l’incarico anche a specialisti, veterinari o professionisti operanti in Regioni non confinanti, nel limite di quanto previsto all’art. 26, co. 1 del presente Accordo.

5. In **ogni** caso, allo specialista ambulatoriale, al veterinario o al professionista, disponibile ad assumere l’incarico di cui al presente art. è consentito il **trasferimento** qualora abbia maturato **un’anzianità, nell’incarico in atto, di almeno 18 mesi alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione della dichiarazione di disponibilità.**

6. **Lo specialista, il veterinario o il professionista in posizione di priorità deve comunicare l’accettazione/rinuncia all’incarico entro 20 giorni dal ricevimento della comunicazione da parte dell’Azienda.** Alla dichiarazione di disponibilità dovrà essere allegata, pena l’esclusione dell’incarico, l’autocertificazione informativa appositamente predisposta dall’Azienda.

La formalizzazione dell’incarico deve avvenire entro il termine di trenta giorni dal ricevimento della dichiarazione. Le Regioni possono definire diverse procedure, tese allo snellimento burocratico e all’abbreviazione dei tempi necessari al conferimento dell’incarico.

7. L’incarico conferito a tempo indeterminato ai sensi del comma 2, lett. h) è confermato, previo superamento di un periodo di prova della durata di sei mesi.