

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI TURNI DISPONIBILI

PUBBLICAZIONE DEL MESE DI SETTEMBRE 3° TRIMESTRE 2020

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 specializza-
zione in _____

CHIEDE DI PARTECIPARE ALL'ATTRIBUZIONE DELLE SEGUENTI ORE:

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. 17/12/2015 art. 19 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 26, 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. 31/12/2015 art. 19 comma 2 (barrare la lettera di interesse)

lett. h) specialisti, veterinari e professionisti iscritti nelle graduatorie di cui all'articolo 17 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 17;

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 indeterminato).**

DATA _____

FIRMA _____

si allega documento di indentita' in corso di validita'