

**DOMANDA ASSEGNAZIONE TURNI VACANTI AI SENSI DEGLI ARTT. N.18 E N.19
DELL'ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE VIGENTE DEI MEDICI SPECIALISTI,
VETERINARI ED ALTRE PROFESSIONALITÀ (BIOLOGI CHIMICI PSICOLOGI).**

III° TRIMESTRE 2019

AVVISO PROT. N. 101936 DEL 12 SETTEMBRE 2019

BRANCA DI PSICHIATRIA

Marca da bollo
di euro 16,00

**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
AL PRESIDENTE DEL
COMITATO CONSULTIVO ZONALE
VIA A. DANIELE,10
88100 CATANZARO**

___ sottoscritt Dr. _____ nato il _____

a _____ Prov. _____ Comune di residenza _____

Via _____ cap _____ prov. _____ tel. _____

pec _____ (leggibile)

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE

di concorrere all'assegnazione **incarichi vacanti a tempo indeterminato** disponibili nella branca di **Branca di Psichiatria**, per come di seguito indicato nel rispetto di quanto previsto dall'art.19 del citato A.C.N. e s.m.i;

BRANCA	N. ORE VACANTI	SEDI
PSICHIATRIA	18 ORE (DICIOOTTO) A TEMPO INDETERMINATO	PRESSO IL REPARTO ATSM DELLA CASA CIRCONDARIALE UGO CARIDI DI CATANZARO

A tal fine, consapevole della responsabilità penale e della perdita dei benefici conseguiti cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci:

Dichiara (ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.)

di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito presso _____

in data _____

di essere in possesso della specializzazione in _____ -conseguita in data _____

presso _____

di essere iscritto all'Albo professionale dei _____ della provincia di _____ dal _____ o di essere iscritto all'Ordine provinciale dei medici e odontoiatri della provincia di _____ dal _____;

Di trovarsi in una delle sotto indicate posizioni previste ai sensi dell'art. 19 comma 2 dell'A.C.N. vigente e precisamente: **(barrare la casella che interessa);**

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 vigente 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 vigente Accordo, in servizio alla data di entrata in vigore del presente Accordo, che faccia richiesta all'Azienda 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;

b) titolare di incarico a tempo indeterminato, che svolga esclusivamente attività regolamentata dal vigente 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 lettera 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 vigente 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.

Dichiara altresì: (il tipo di incarico, la decorrenza dell'incarico, la branca, il numero di ore settimanali svolte e l'Ente dove si svolge l'attività);

1. specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo _____ per come di seguito indicato:

Azienda _____ Decorrenza _____

n. ore _____ branca di _____ presso _____

n. ore _____ branca di _____ presso _____

n. ore _____ branca di _____ presso _____

2. specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo _____ per come di seguito indicato:

Azienda _____ Decorrenza _____



n. ore _____ branca di _____ presso _____

n. ore _____ branca di _____ presso _____

n. ore _____ branca di _____ presso _____

Note _____

Ai fini delle procedure di cui al comma 2, dell'art.19 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.

DICHIARA

- di essere disponibile a rinunciare ad eventuali cause ostative al conferimento dell'incarico di specialista ambulatoriale;
- di non trovarsi in una delle condizioni previste dall'art. 25 del vigente A.C.N.;
- di rinunciare (eventuali ore) _____

Dichiara altresì, sotto la propria responsabilità che quanto sopra riportato corrisponde al vero. Autorizza, inoltre, il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione, anche con strumenti informatici, per tutte le finalità istituzionali, ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003, n.196 e s.m.i.

___ sottoscritto___, infine, chiede che ogni comunicazione relativa alla presente domanda venga inviata al seguente indirizzo di posta certificata pec _____

Data _____

Firma _____

N.B. Allegare fotocopia documento di identità non scaduto.

**DA COMPILARE E TRASMETTERE OBBLIGATORIAMENTE SOLO IN CASO DI TRASMISSIONE A MEZZO PEC
ATTENENDOSI ALLE INDICAZIONI RIPORTATE IN CALCE.**

DICHIARAZIONE

ai sensi ed agli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, e s.m.i.

__Sottoscritt__ Dott. _____, nato a _____,
il _____ indirizzo pec _____ in riferimento alla
domanda di partecipazione _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste, in caso di dichiarazioni non veritiere;

1. di avere assolto al pagamento di bollo di euro 16,00 tramite apposizione ed annullamento della marca da bollo sul cartaceo della presente domanda trattenuto presso il/la sottoscritta/o; a tal proposito dichiara inoltre che la marca da bollo di euro 16,00 applicata è la seguente:

a. data e ora di emissione _____

b. IDENTIFICATIVO n. _____

- di conservare l'originale della domanda di cui sopra per eventuali controlli da parte dell'Amministrazione;

Allegare documento di identità in corso di validità

Data _____

firma per esteso e leggibile