

COMUNICAZIONE DI DISPONIBILITA' ALL'ASSEGNAZIONE

ai sensi degli articoli 19 e 20 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali", esecutivo dal 17.12.2015.

Modalità d'invio:

- **a mezzo raccomandata A/R** (con avviso di ricevimento) indirizzata a:
Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine
Struttura Operativa Complessa "Politiche del Territorio"
Via Pozzuolo, 330
33100 UDINE
- **invio PEC all'indirizzo:** asuiud@certsanita.fvg.it

Il sottoscritto (cognome) _____ (nome) _____
nato a _____ il _____ residente a _____
_____ C.A.P. _____ (prov. di _____)
Via _____ n. _____
recapiti telefonici _____
indirizzo di Posta Elettronica _____
PEC: _____

comunica la propria disponibilità all'acquisizione dei seguenti incarichi:

(se si tratta di turni con richiesta di specifiche capacità professionali è indispensabile il proprio curriculum formativo e professionale)

- n. ore _____ branca di _____ presso _____
Distretto Sanitario /Poliambulatorio/sede di _____
- n. ore _____ branca di _____ presso _____
Distretto Sanitario /Poliambulatorio/sede di _____
- n. ore _____ branca di _____ presso _____
Distretto Sanitario /Poliambulatorio/sede di _____
- n. ore _____ branca di _____ presso _____
Distretto Sanitario /Poliambulatorio/sede di _____

per nuovo incarico ☐

per aumento orario ☐

per trasferimento ☐

a tal fine dichiara

ai sensi dell'art. 46 (dichiarazioni sostitutive di certificazione) e dell'art. 47 (dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà) del D.P.R. n. 445/2000 consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere potranno essere adottate sanzioni penali (v. art. 76 del D.P.R. 445/2000) e non avrà effetto il beneficio conseguito (v. art. 75 del D.P.R. 445/2000)

- a) **di possedere** la cittadinanza italiana ovvero di possedere la cittadinanza di altro Paese appartenente alla UE di seguito specificato _____
- b) **di essere iscritto** all'Albo professionale:
medici chirurghi o degli odontoiatri ☐; veterinari ☐; biologi ☐; chimici ☐; psicologi ☐;
presso l'Ordine provinciale ☐ regionale ☐ nazionale ☐ di _____
dal _____
- c) **di possedere** il diploma di laurea della classe corrispondente in:
medicina e chirurgia ☐; odontoiatria e protesi dentaria ☐; medicina veterinaria ☐; biologia
chimica ☐; psicologia ☐. Conseguito presso l'Università di _____ in data _____
- d) **di aver conseguito** la specializzazione in _____
il _____ presso l'Università/Scuola di specializzazione di _____

(per i turni di Odontoiatria) di essere iscritto all'Albo degli Odontoiatri dal _____
Per gli psicologi in possesso della specializzazione in psicoterapia riconosciuta ai sensi dell'art. 35 della legge 56/1989 dovranno specificare l'ORDINE Regionale presso il quale è stata riconosciuta ed il Provvedimento (numero e data) Ordine _____
Numero e data del Provvedimento _____
- e) **di avere** ☐ non avere ☐ in corso provvedimenti disciplinari:
(in caso affermativo indicare il tipo di provvedimento) _____
applicata da _____ a decorre dal _____
- d) **di non trovarsi** nelle condizioni di incompatibilità previste dall'art. 25 dell'A.C.N. 17.12.2015;

di essere:

- ☐ **ai sensi dell'art. 19 comma 2 lett. 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"

per n. ore _____ dal _____ presso _____

per n. ore _____ dal _____ presso _____

per n. ore _____ dal _____ presso _____

con anzianità di incarico di titolarità dal _____ presso _____

☐ **ai sensi dell'art. 19 comma 2 lett. 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...”*

per n. ore _____ dal _____ presso _____

per n. ore _____ dal _____ presso _____

per n. ore _____ dal _____ presso _____

con **anzianità di incarico di titolarità** dal _____ presso _____

☐ **ai sensi dell'art. 19 comma 2 lett. 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”*

per n. ore _____ dal _____ presso _____

per n. ore _____ dal _____ presso _____

per n. ore _____ dal _____ presso _____

con **anzianità di incarico di titolarità** dal _____ presso _____

☐ **ai sensi dell'art. 19 comma 2 lett. 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”*

per n. ore _____ dal _____ branca di _____

presso _____

per n. ore _____ dal _____ branca di _____

presso _____

con **anzianità di incarico di titolarità** dal _____ presso _____

☐ **ai sensi dell'art. 19 comma 2 lett. 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 delle quale è in possesso del titolo di specializzazione”*

per n. ore _____ dal _____ branca di _____

presso _____

per n. ore _____ dal _____ branca di _____

presso _____

con **anzianità di incarico di titolarità** dal _____ presso _____

☐ **ai sensi dell'art. 19 comma 2 lett. f):** *“titolare di incarico a tempo indeterminato nello stesso abito zonale che svolga altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto all'art. 26, comma 1”*

per n. ore _____ dal _____ presso _____

per n. ore _____ dal _____ presso _____

per n. ore _____ dal _____ presso _____

con **anzianità di incarico di titolarità** dal _____ presso _____

☐ **ai sensi dell'art. 19 comma 2 lett. g):** *“titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa”*

per n. ore _____ dal _____ presso _____

con **anzianità di incarico di titolarità** **dal** _____ **presso** _____

☐ **ai sensi dell'art. 19 comma 2 lett. 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”*

inserito nella graduatoria provinciale di Udine per l'anno _____

nella branca di _____

☐ **ai sensi dell'art. 19 comma 2 lett. 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 data dall'incarico”*

a) **medico di medicina generale titolare** dal _____ presso _____

b) **medico pediatra di libera scelta titolare** dal _____ presso _____

c) **medico dipendente del SSN a tempo indeterminato** dal _____ presso _____

Le categorie di medici descritti sub a)- b) – c) devono essere in possesso del titolo di specializzazione nella branca in cui partecipano e dichiarare altresì:

la disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro

☐ **SI**

☐ **NO**

Allega alla presente i seguenti documenti:

Eventuali ulteriori informazioni:

Luogo

data

Firma per esteso in originale
(leggibile)

N.B.

ALLEGARE copia non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.