

PUBBLICAZIONE INCARICHI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE – 2° TRIMESTRE 2021
01.06.2021 – 15.06.2021

COMUNICAZIONE DI DISPONIBILITA' ALL'ASSEGNAZIONE

ai sensi degli articoli 21 e 22 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 31.03.2020.

Modalità d'invio:

- **a mezzo raccomandata A/R** (con avviso di ricevimento) indirizzata a:
Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale
Struttura Operativa Complessa "Politiche del Territorio"
Via Pozzuolo, 330
33100 UDINE
- **invio PEC all'indirizzo:** asufc@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. 27 dell'A.C.N. 31.03.2020;

di essere:

- ai sensi dell'art. 21 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; 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 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:

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. 21 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. Relativamente all'attività svolta come incremento orario ai sensi della presente lettera b) non compete il rimborso delle spese di viaggio di cui all'articolo 51:

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. 21 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. 21 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. 21 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 della 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. 21 comma 2 lett. f):

titolare di incarico a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale che svolga altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto all'articolo 28, 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. 21 comma 2 lett. g):

titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa (limitatamente a coloro a cui si applica il presente Accordo)

per n. ore _____ dal _____ presso _____

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

ai sensi dell'art. 21 comma 2 lett. h):

specialisti, veterinari e professionisti iscritti nelle graduatorie di cui all'articolo 19 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.

inserito nella graduatoria provinciale di Udine per l'anno _____

nella branca di _____

ai sensi dell'art. 21 comma 2 lett. i):

specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 19;

ai sensi dell'art. 21 comma 2 lett. j):

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 di specialista ambulatoriale.

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

b) **specialista pediatra di libera scelta** dal _____ presso _____

c) **medico dipendente del SSN** dal _____ presso _____

Ai fini delle procedure di cui al comma 2, per ogni singola lettera dalla a) alla j), con esclusione delle lettere h) e i), 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. Gli aspiranti di cui alla lettera i) sono graduati nell'ordine della minore età anagrafica, dell'anzianità di specializzazione e dell'anzianità di laurea.

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.

IN ALTERNATIVA è possibile inviare il modulo con firma digitale senza allegare il documento d'identità