

**DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE ALL'ASSEGNAZIONE DI TURNI DISPONIBILI DI
SPECIALISTICA AMBULATORIALE**

Posta Elettronica Certificata o raccomandata AIR

COMITATO CONSULTIVO ZONALE SPECIALISTICA AMBULATORIALE

C/O Azienda Sanitaria Locale Avezzano Sulmona L'Aquila

Via G. Saragat – Località Campo di Pile

67100 L'AQUILA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
(____) il _____ residente a _____ (____)
Via/Piazza _____ n° _____
tel. _____ e.mail _____ @ _____.

P.E.C. _____ @ _____

presenta dichiarazione di disponibilità alla copertura del/i seguente/i turno/i nella branca di _____

pubblicato/i nel ____2__° trimestre/2022__ :

presso il/la _____ (indicare la struttura) di _____ (indicare la sede)

presso il/la _____ (indicare la struttura) di _____ (indicare la sede)

presso il/la _____ (indicare la struttura) di _____ (indicare la sede)

Si prega di indicare solo i turni per cui si intende concorrere, se no si impedisce l'individuazione di altri aventi diritto

Se la somma di più turni nella stessa branca è superiore al massimale orario l'elenco sopra vale come indicazione di preferenza

A tal fine, consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o di produzione di atti falsi o contraffatti è penalmente perseguibile e che, inoltre, qualora da controlli effettuati emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese o dei documenti prodotti, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

di essere in possesso del diploma di laurea in _____ conseguito presso l'Università di _____ in data _____, con voto _____;

di essere iscritto all'Ordine de _____ di _____;

di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:

_____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ con voto _____

_____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ con voto _____

_____ conseguita il _____ presso l'Università di _____ con voto _____

di essere titolare di incarico a tempo indeterminato nella branca di _____; con data di primo incarico (indicare giorno, mese ed anno) ____/____/____

- ° presso l'Azienda S.L. di _____ per complessive n. _____ ore settimanali;
- ° presso altre Aziende Sanitarie / INAIL/ SASN (allega dichiarazione dell'Azienda USL o INAIL o SASN dalla quale risulti la situazione degli incarichi ovvero autodichiarazione sostitutiva di certificazione);

di essere titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa/Ministero di Grazia e Giustizia (specificare sede e decorrenza): _____

di essere titolare di incarico a tempo determinato nella branca di : _____ presso _____ dal _____ per complessive ore settimanali n. _____;

di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato e di essere inserito nella graduatoria 2022 per la branca di _____ alla posizione n° _____ con punti _____

di essere titolare di incarico a tempo indeterminato come convenzionato per ° l'Assistenza Primaria ° la Continuità Assistenziale ° l'Emergenza Sanitaria ° la Medicina dei Servizi ° la Pediatria di Libera Scelta, ° come dipendente, con anzianità di incarico dal _____ presso l'ASL _____, con anzianità complessiva di Anni ____ Mesi ____ Giorni ____ (indicare solo attività continuativa se svolta presso più ASL)

di non essere titolare di incarico a tempo indeterminato e di non essere inserito nella graduatoria 2022 per la branca pubblicata

(barrare la casella che interessa)

dichiara inoltre:

- di impegnarsi, in caso di assegnazione di incarico, a rimuovere eventuali situazioni di incompatibilità, come prescritto dal vigente ACN;

- di essere disponibile a rinunciare ad un numero di _____ ore settimanali per rientrare nel massimale orario, in particolare presso _____ (ASL o Servizio) sede di _____ (questa dichiarazione è obbligatoria solo per gli specialisti già convenzionati con questa ASL)

- di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa sulla privacy, che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Chiede che ogni comunicazione venga indirizzata presso:

- la propria residenza; il domicilio sotto indicato:

c/o _____ CAP _____ Comune di _____

Via _____ n° _____

Data

Firma per esteso (*)

(*) La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art.38 del DPR 445/00).

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA (Allegato B – ACN)

Il sottoscritto Dott.....nato ail.....

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del DPR 445/2000, dichiara di trovarsi nelle seguenti condizioni:

(cancellare la voce che non interessa)

di avere/non avere subito provvedimenti disciplinari da parte della competente Commissione di Disciplina prevista dall'ACN dei medici specialisti ambulatoriali interni;

di essere/non essere soggetto a provvedimento restrittivo di natura disciplinare comminato dall'Ordine dei Medici ed Odontoiatri . In caso affermativo, specificare il provvedimento disciplinare: _____ data _____;

di non avere riportato condanne penali e di non avere procedimenti penali pendenti;

In caso affermativo, specificare le condanne riportate, anche se sia stata concessa amnistia, indulto, condono o perdono giudiziale e specificare i carichi pendenti: _____

di avere / non avere un rapporto di lavoro subordinato presso qualsiasi ente pubblico o privato con divieto di libero esercizio professionale;

svolgere / non svolgere attività di medico di medicina generale convenzionato;

essere / non essere iscritto negli elenchi dei medici pediatri di libera scelta;

esercitare / non esercitare la professione medica con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfetariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e che non adottino le clausole normative ed economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale;

operare/non operare a qualsiasi titolo in case di cura convenzionate o accreditate con il S.S.N. (**in caso affermativo**, indicare la struttura sanitaria in cui opera: _____);

svolgere / non svolgere attività fiscali per conto di Aziende USL (**in caso affermativo** indicare l'Azienda: _____)

essere/non essere titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni (convenzionati esterni) o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8, comma 5, del D.Lvo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

essere/non essere proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lvo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

operare / non operare a qualsiasi titolo in presidi, stabilimenti o istituzioni private convenzionate o accreditate con le aziende per l'esecuzione di prestazioni specialistiche effettuate in regime di autorizzazione sanitaria ai sensi dell'art. 43 della Legge n. 833/78 e dell'art. 8-ter del D.L.vo n. 229/99

essere/non essere titolare di incarico nei servizi di Continuità Assistenziale (ex guardia medica) o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8 del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;

percepire/non percepire l'indennità di rischio radiologico in base ad altro rapporto lavorativo (**in caso di risposta affermativa** indicare il tipo di attività svolta: _____ e la misura dell'indennità percepita: _____);

di essere/non essere titolare di pensione a carico di Enti diversi dall'ENPAM;

NOTE: _____

In fede

Data _____

Firma _____