

All'ASL AL
Via Venezia 6 - 15121 Alessandria (AL)
SEDE DEL COMITATO ZONALE DI ALESSANDRIA
aslal@pec.aslal.it

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI TURNI DISPONIBILI A TEMPO INDETERMINATO

Dichiarazione ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445
da presentare unitamente ad una copia di un documento d'identità

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa _____

nato/a _____ il _____ residente in _____

via _____

Recapito telefonico _____

Indirizzo e-mail _____

Indirizzo PEC _____

presa visione della pubblicazione del mese di marzo giugno settembre dicembre effettuata da questo Comitato,

CHIEDE di partecipare all'assegnazione dei turni vacanti per la

MEDICINA SPECIALISTICA: BRANCA _____

MEDICINA VETERINARIA: AREA A **AREA B** **AREA C**

per n. ____ ore settimanali a tempo indeterminato presso la sede _____ dell'ASL AL

per n. ____ ore settimanali a tempo indeterminato presso la sede _____ dell'ASL AL

per n. ____ ore settimanali a tempo indeterminato presso la sede _____ dell'ASL AL

DICHIARA

a) di essere in possesso della laurea in _____ conseguita presso _____ il _____

b) di essere iscritto all'Albo professionale dei Medici Chirurghi/Odontoiatri/Veterinari presso l'Ordine provinciale di _____ dal _____

c) di essere in possesso della specializzazione in _____ conseguita presso _____ il _____

DICHIARA

ai sensi dell'art. 21, comma 6 A.C.N. 04.04.2024

1. di essere titolare di un rapporto convenzionale con il S.S.N. con incarico a tempo indeterminato a decorrere dal _____

lett. a) titolare di incarico a tempo indeterminato che svolga, in via esclusiva, attività ambulatoriale regolamentata dal presente Accordo presso A.S.L., sedi provinciali INAIL e SASN ubicate nel medesimo ambito zonale in cui è pubblicato l'incarico;

Ore sett.li _____ A.S.L./Ente _____

lett. b) titolare di incarico a tempo indeterminato che svolga, esclusivamente, attività regolamentata dal presente Accordo presso ASL, sedi provinciali INAIL e SASN ubicate in diverso ambito zonale della stessa Regione o di altra Regione confinante;

Ore sett.li _____ A.S.L./Ente _____

lett. c) titolare di incarico a tempo indeterminato presso ASL, sedi provinciali INAIL e SASN ubicate in ambito zonale di Regione non confinante, che faccia richiesta di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità;

Ore sett.li _____ A.S.L./Ente _____

lett. d) Specialista titolare di incarichi in branche diverse e che esercita esclusivamente attività ambulatoriale il quale richiede di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore di incarico;

Ore sett.li _____ A.S.L./Ente _____

lett. e) Specialista titolare di incarico a tempo indeterminato che esercita esclusivamente attività ambulatoriale e chiede il passaggio in altra branca della quale è in possesso del titolo di specializzazione;

Ore sett.li _____ A.S.L./Ente _____

lett. f) titolare a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale che svolga altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto dall'art. 28 comma 1;

Ore sett.li _____ A.S.L./Ente _____

lett. g) titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa;

Ore sett.li _____

2. lett. h) specialista o veterinario iscritto nelle graduatorie, relative l'ambito zonale provinciale di Alessandria, di cui all'art. 19 A.C.N. 04.04.2024, in vigore nel periodo di pubblicazione degli incarichi;

3. lett. i) specialista o veterinario in possesso dei requisiti di cui all'art. 19 A.C.N. 04.04.2024;

4. lett. j) medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, medico dipendente del S.S.N. 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;
(specificare Azienda, tipologia di rapporto e decorrenza)

Dichiara altresì,

- di essere disposto assumendo l'incarico ambulatoriale a rinunciare alle attività incompatibili secondo la normativa vigente;

- di non aver inoltrato domanda di quiescenza e di non percepire il trattamento pensionistico;

- altro (specificare) _____

Il/la sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti con la presente domanda possano essere trattati dall'ASL AL ed Enti o Aziende collegate nel rispetto del D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. e del Reg. UE 2016/679, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza delle conseguenze penali stabilite dal D.P.R. 445/2000 e successive modificazioni in caso di attestazioni non veritiere o incomplete e conferma sotto la propria responsabilità le dichiarazioni sopra indicate.

data _____ firma _____

La sottoscrizione di tale dichiarazione deve essere presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

AVVERTENZE

Ai fini delle procedure di cui all'art. 21 comma 6, per ogni singola lettera dalla a) alla j), con esclusione della lettera 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, l'anzianità di laurea ed in subordine la 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.