

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI TURNI DISPONIBILI**

**PUBBLICAZIONE DEL MESE DI \_\_\_\_\_ TRIMESTRE \_\_\_\_\_ ANNO \_\_\_\_\_**

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_,  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_, E-Mail \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ pec: \_\_\_\_\_

**DICHIARA DI ESSERE:**

**Laureato in \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_**  
**\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_, Specializzato in \_\_\_\_\_**  
**\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;**

**Iscritto all'Albo professionale dei \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_**  
**abilitato all'esercizio della professione di \_\_\_\_\_ con annotazione della specializza-**  
**zione in \_\_\_\_\_**

**CHIEDE DI PARTECIPARE ALL'ATTRIBUZIONE DELLE SEGUENTI ORE:**

**( NB le ore non sono frazionabili ex art.20 comma 4 ACN 31/03/2020)**

<b>ASSL/ALTRO</b>	<b>SEDE</b>	<b>BRANCA/AREA PROFESS.</b>	<b>NUMERO ORE</b>

**A TAL FINE DICHIARA DI ESSERE**

**titolare di rapporto convenzionale a tempo indeterminato** con il S.S.N. (INAIL, INPS) identificato ai sensi dell'A.C.N. 31/03/2020 art. 21 comma 2 come appresso specificato (barrare la lettera di interesse):

- lett. a)** stessa branca o area professionale e stesso ambito zonale di pubblicazione del turno;\*
- lett. b)** stessa branca o area professionale in diverso ambito zonale della stessa regione o regioni limitrofe;\*
- lett. c)** stessa branca o area professionale in ambito zonale di diversa regione;\*
- lett. d)** in branche diverse che chiede di concentrare le ore complessive in una sola branca;\*
- lett. e)** in altra branca o area professionale che chiede il passaggio in altra branca della quale è in possesso del titolo di specializzazione;\*
- lett. f)** nello stesso ambito zonale che svolga altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto all'articolo 28, comma 1;\*
- lett. g)** presso il Ministero della Difesa (limitatamente a coloro a cui si applica il presente Accordo);

**NON titolare di rapporto convenzionale a tempo indeterminato** con il S.S.N. (INAIL, INPS), che si trova nella situazione appresso specificata ai sensi dell'A.C.N. 31/03/2020 art. 21 comma 2 (barrare la lettera di interesse)

**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; **Posizione in grad.** \_\_\_\_\_

**lett. i)** specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 19;

**lett. j)** medico di medicina generale, medico specialista pediatra di libera scelta, medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale (titolare di incarico a tempo indeterminato) 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. \*

**\*Dichiara che l'incarico sopra indicato è svolto presso la seguente sede di**

**servizio :** \_\_\_\_\_ **(indicare ente, comune e provincia)**

**e decorre dal giorno** \_\_\_\_\_ **(indicare la decorrenza dell'incarico a tempo indeterminato).**

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

si allega documento di indentita' in corso di validita'