

**DOMANDA DI DISPONIBILITA' TURNI VACANTI SPECIALISTICA AMBULATORIALE A  
TEMPO INDETERMINATO**

RACCOMANDATA A.R. o PEC

COMITATO CONSULTIVO ZONALE ASL TARANTO

Viale Virgilio, 31

74121 Taranto (TA)

PEC: [perconvenzionato.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it](mailto:perconvenzionato.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it)

**Il sottoscritto**

- |                      |               |           |
|----------------------|---------------|-----------|
| - MEDICO SPECIALISTA | - VETERINARIO |           |
| - BIOLOGO            | - PSICOLOGO   | - CHIMICO |

Dott. .... nato/a a .....

(prov. di ..... ) il ..... Codice fiscale: .....

N° Codice ENPAM (o di altro Ente Prev.le: indicare quale ) : .....

laureato/a in: ..... di ..... , iscritto/a all'Albo/Ordine

dei/degli (indicare quale): ..... di: ..... dal: ..... , in

possesso di specializzazione nella branca specialistica/scuola univ. di spec.ne in: .....

conseguita presso l'Università

di: ..... il: .....

indirizzo residenza ..... città ..... cap ..... prov...

telefono ..... cellulare ..... nr .....

eventuale indirizzo diverso dalla residenza presso il ..... quale si vuole ricevere ogni

comunicazione: .....

**presenta domanda di:**

**Conferimento incarico ai sensi dell' art. 19 dell'A.C.N. del 17.12.2015 e successive integrazioni e modificazioni, per la:**

**Branca medica di:** .....

**Altra attività prof.le sanitaria di:** .....

**Ed in particolare fa domanda di:** (barrare con una X l'opzione interessata nel rispetto della propria posizione come previsto dall'art. 19 A.C.N. del 17.12.2015 e successive integrazioni e modificazioni, riportato per informativa a pagina 4 del presente modulo)

aumento orario nello stesso ambito zonale (compresi INAIL e SASN)- art. 19 comma 2 lett. a;

aumento orario da diverso ambito zonale (compresi INAIL e SASN) - art. 19 comma 2 lett. b;

trasferimento da diverso ambito zonale (compresi INAIL e SASN)- art. 19 comma 2 lett. c;

riunificazione ore in unica branca (solo per titolari in più branche) - art. 19 comma 2 lett. d;

passaggio in altra branca della quale è in possesso di specializzazione - art. 19 comma 2 lett. e;

titolare a tempo indeterminato che svolga altra attività compatibile - art. 19 comma 2 lett. f;

medici, veterinari e professionisti iscritti nelle graduatorie di cui all'art.17 - art. 19 comma 2 lett. h;

trasformazione rapporto di lavoro (MMG,PLS e Dipendenti SSN) - art. 19 comma 2 lett.i;

**Per il conferimento dei turni di seguito indicati secondo l'ordine di preferenza sotto specificato:**

1)DISTRETTO/SEDE.....branca.....presidio:.....  
orario:.....  
totale ore sett.li: .....

2)DISTRETTO/SEDE.....branca.....presidio:.....  
orario:.....  
totale ore sett.li: .....

3)DISTRETTO/SEDE.....branca.....presidio:.....  
orario:.....  
totale ore sett.li: .....

4)DISTRETTO/SEDE.....branca.....presidio:.....  
orario:.....  
totale ore sett.li: .....

**ATTENZIONE**

**Qualora lo spazio di cui sopra risultasse insufficiente l'interessato potrà riportare le scelte successive nel rispetto dell'ordine consequenziale di preferenza, su un foglio debitamente firmato e datato, allegato alla presente - NON SPEDIRE SEPARATAMENTE ALTRI MODULI DI DOMANDA.**

A tal fine il/la sottoscritto/a dichiara: (Barrare con una X la parte in interesse):

- di essere titolare di incarico ambulatoriale a tempo indeterminato, dal: .....

- di essere titolare di altro incarico a tempo indeterminato previsto dai criteri di prelazione di cui

all'art. 19 (specificare la data di decorrenza incarico: .....

per cui indica di seguito le modalità dell'incarico in atto svolto ai sensi della prelazione prevista dall'art. 19 dell'ACN vigente:

Provincia	A.S.L./ENTI	Presidio	N° ore sett.li	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato

- di non essere titolare o incaricato di altro rapporto di lavoro, a qualsiasi titolo, con strutture pubbliche o strutture private accreditate;

Indirizzo, email, recapiti telefonici dell'Ente (obbligatorio):.....

.....  
.....  
.....

**EVENTUALI ULTERIORI SPECIFICAZIONI IN MERITO ALLA PRESENTE DOMANDA:**.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A DOTT./SSA ..... CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI  
PENALI IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, AFFERMA CHE QUANTO SOPRA AFFERMATO  
CORRISPONDE AL VERO.**

**DATA:** .....

**FIRMA(PER ESTESO):** .....