ASST DI LODI

COMITATO ZONALE

DI LODI E MELEGNANO

PIAZZA OSPEDALE, 10

26900 – LODI

*raccomandata R/R / protocollo@pec.asst-lodi.it*

**OGGETTO:** **TURNI VACANTI \_\_\_ TRIMESTRE ANNO 20\_\_**

Il/La sottoscritto/a …………………………………….. tel. …………………………………

e-mail………………………………………. pec…………………………………………….

nato/a ………………………………… il …….................residente a………………………………. via…………………………………..

in possesso di Laurea in…………………………………. conseguita presso l’Università di ……………................in data …. /…/……….. e di Specializzazione in ……………………..

…………………… conseguita presso l’Università di ……………...................................

in data …. /…/………..

in relazione alla pubblicazione in oggetto **esprime la propria disponibilità** per l’assegnazione del turno a **tempo indeterminato** di:

* …………………………………………
* …………………………………………

A tal fine autocertifica, ai sensi della normativa vigente e consapevole delle sanzioni anche penali previste, di trovarsi in una delle sotto indicate **priorità - *dalla lettera a) alla lettera j)*** *-* previste dell’art. 21, comma 2, dell’A.C.N. 31.03.2020 che **individuano l’avente diritto** all’assegnazione dell’incarico a **tempo indeterminato**:

**a**) specialista ambulatoriale titolare d’incarico a tempo indeterminato nell’ambito zonale in cui è pubblicato l’incarico dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali dell’INAIL nello stesso ambito zonale; medico generico ambulatoriale in possesso della specializzazione richiesta per un n. di ore non superiore a quelle dell’incarico di cui è titolare e con possibilità di mantenere la differenza di orario;

**b**) specialista ambulatoriale titolare d’incarico a tempo indeterminato in diverso ambito zonale della Regione o di altra Regione confinante dal \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali dell’INAIL della Regione o di altra Regione confinante;

**c**) specialista ambulatoriale titolare d’incarico a tempo indeterminato in ambito zonale di Regione non confinante dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_che faccia richiesta di essere trasferito;

**d**) specialista ambulatoriale titolare d’incarico in branche diverse\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_che richiede di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore d’incarico;

**e**) specialista ambulatoriale titolare d’incarico a tempo indeterminato che esercita attività ambulatoriale regolamentata dal presente ACN a decorrere dal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e che, in possesso della relativa specializzazione chiede il passaggio nella branca di­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

**f**) titolare d’incarico a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale che svolga altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto all’art. 28, comma 1 (38 ore settimanali);

**g**) titolare d’incarico a tempo indeterminato, limitatamente a coloro cui si applica l’ACN, presso il Ministero della Difesa dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**h**) iscritto nella graduatoria di cui all’art. 19 dell’ACN 31.03.2020, in vigore nel periodo di pubblicazione dell’incarico. L’accettazione dell’incarico a tempo indeterminato comporta la cancellazione dalla graduatoria valida per l’anno in corso. L’incarico è confermato previo superamento di un periodo di prova di mesi sei;

**i)** specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui all’art. 19. L’incarico è confermato previo superamento di un periodo di prova di mesi sei;

**j)** medico di medicina generale, medico specialista pediatra di libera scelta, medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in possesso del titolo di specializzazione della branca in cui partecipa, che esprima la propria disponibilità a convertire completamente il rapporto di lavoro.

Qualora il monte ore settimanale, a seguito di nuovo conferimento incarico, dovesse superare il

tetto massimo consentito, il/la sottoscritto/a dichiara di rinunciare a n. ….. ore relative all’incarico presso ……………………………

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

In relazione alla pubblicazione in oggetto **esprime la propria disponibilità** per l’assegnazione del turno a **tempo determinato** di:

* …………………………………………
* …………………………………………

A tal fine autocertifica, ai sensi della normativa vigente - *art . 22 ACN 31.03.2020 -* e consapevole delle sanzioni anche penali, ai fini dell’assegnazione dell’incarico a **tempo determinato**:

* di essere inserito nelle graduatorie della Specialistica Ambulatoriale e altre Professionalità \_\_\_\_\_\_\_\_\_alla posizione n. \_\_\_\_\_. In caso di indisponibilità l’Azienda può utilizzare le graduatorie di cui all’art.19 c. 12.

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Il/la sottoscritto/a:**

* dichiara di non trovarsi nelle situazioni di incompatibilità di cui all’art. 27 dell’A.C.N. 31.03.2020 e comunque di impegnarsi a rimuoverle qualora risultasse avente diritto all’assegnazione del turno stesso;
* s’impegna a compilare il presente modello in tutte le voci richieste consapevole che l’Azienda non procederà, d’ufficio, a integrare gli eventuali dati mancanti, seppur utili ai fini della valutazione.

**Allega fotocopia documento d’identità e curriculum vitae, limitatamente all’attività svolta.** (NON ALLEGARE documentazione relativa a pubblicazioni e partecipazioni a corsi, ecc.)

Lì………………………………

In fede