

MODELLO DI DOMANDA PER ATTRIBUZIONE DI TURNI DISPONIBILI DI INCARICO DI
SPECIALISTICA AMBULATORIALE

ASP 7 RAGUSA

PEC: ufficioconvenzioni@pec.asp.rg.it

Il/La sottoscritto/a dr/d.ssa,
nato/a a il,
residente in prov.,
via.....
CAP..... Telefono
PEC.....

ai sensi del vigente ACN 31/03/2020 per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali ed altre professionalità comunica la propria disponibilità al conferimento dei seguenti turni di specialistica ambulatoriale nella branca di resisi vacanti nel trimestre dell'anno e pubblicati da codesta ASP:

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

A tal fine acclude autocertificazione informativa, corredata di copia di un documento valido di identità.

Data.....

Firma per esteso

AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il/La sottoscritto/a dr/d.ssa,
nato/a a il,
residente in prov.,
via.....
CAP..... Telefono,
PEC.....

Dichiara, ai sensi e per gli effetti dell'art.47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445:

- di possedere il Diploma di Laurea inconseguito presso l'Università di in data
- di essere abilitato all'esercizio della professione di presso l'Università di
- di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:
in..... conseguita ilpresso l'Università.....;
in..... conseguita ilpresso l'Università.....;
in..... conseguita ilpresso l'Università.....;
- avere/non avere subito provvedimenti disciplinari da parte delle competenti Commissioni di Disciplina previste dal vigente o precedenti Accordi;
- essere/non essere soggetto ad alcun provvedimento restrittivo di natura disciplinare comminato dall'Ordine.....

in caso affermativo specificare il provvedimento disciplinare:

.....

- di prestare in atto servizio presso(riportare l'esatta denominazione dell'Ente precisando se trattasi di struttura pubblica o privata convenzionata/accreditata, etc.)

in qualità di (il tipo di rapporto di lavoro, specificare se titolare di incarico a tempo determinato o indeterminato, eventuali interruzioni e quant'altro necessario per valutare il servizio) con anzianità di servizio dal

- di essere/non essere titolare di pensione;
- di dare la propria disponibilità al conferimento dei seguenti turni di Specialistica Ambulatoriale, resisi vacanti nel trimestre dell'anno.....

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

<i>per gli specialisti ambulatoriali</i>
Dichiara altresì che, a far data dal conferimento dell'incarico, rinuncerà ai seguenti turni: (specificare numero di ore, giornata e presidio)
<i>per i titolari di convenzione (MMG-PLS) e dipendenti pubblici</i>
<input type="checkbox"/> Esprime la propria disponibilità a convertire integralmente il proprio rapporto di lavoro (barrare)
<i>per gli specialisti presenti in graduatoria, non ancora titolari d'incarico</i>
- di dare la propria disponibilità al conferimento dei seguenti turni di Specialistica Ambulatoriale, resisi vacanti e pubblicati da codesto ASP: (specificare distretto, presidio).....

Il/La sottoscritto/a, dichiara altresì che, all'atto del conferimento dell'incarico ambulatoriale, ancorché sommato ad altra attività compatibile, non supera le 38 ore settimanali.

Il/La sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del citato D.P.R., nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, afferma che quanto sopra dichiarato è corrispondente al vero. Il/La sottoscritto/a dichiara altresì, di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti dell'art.13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

N.B.: per i titolari di convenzione (MMG-PLS) e dipendenti pubblici, esprimere la propria disponibilità a convertire integralmente il proprio rapporto di lavoro.

DATA

Firma per esteso

.....

Si allega copia di un documento valido di identità.