

**RACCOMANDATA A.R.**

**Il sottoscritto**

- MEDICO SPECIALISTA       - MEDICO 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: ..... il: ....., 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: .....,

**presenta domanda di:**

**Conferimento incarico ai sensi degli artt. 22 e 23 dell'A.C.N. del 29.07.2009 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. 23 A.C.N. del 29.07.2009 e successive integrazioni e modificazioni, riportato per informativa a pagina 4 del presente modulo)

- aumento orario (tempo indeterminato – art. 23, co. 1, lett. A) o lett. B) A.C.N.;**
- trasferimento nello stesso ambito zonale - tempo indeterminato – art. 23, co. 1, lett. A) A.C.N.;**
- trasferimento da diverso ambito zonale - tempo indeterminato - art. 23, co. 1, lett. D) A.C.N.;**
- passaggio in altra branca della quale è in possesso di spec.ne- art. 23 co. 1 lett. E) A.C.N.;**
- primo incarico tempo indeterminato (art. 23, co. 1, lett. G) A.C.N.;**
- aumento orario o trasferimento (tempo determinato - art. 23, co. 1, lett. H) A.C.N.;**
- primo incarico tempo indeterminato – art. 23, co. 1, lett. L) A.C.N.;**
- primo incarico tempo determinato (posizione graduatoria vigente dal 1 giorno del mese successivo a quello di pubblicazione circ. reg. prot. 122510 del 16.10.09)– art. 23, co. 10 A.C.N.;**

**Il sottoscritto dichiara inoltre di essere titolare di pensione a carico di Ente diverso dall'Enpam, indicare quale: ..... dal: .....**

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

1) A.U.S.L. VT/ ..... branca.....presidio: .....  
orario:.....  
..... totale ore sett.li: .....

2) A.U.S.L. VT/ ..... branca.....presidio: .....  
orario:.....  
..... totale ore sett.li: .....

3) A.U.S.L. VT/ ..... branca.....presidio: .....  
orario:.....  
..... totale ore sett.li: .....

4) A.U.S.L. VT/ ..... 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 incarico ambulatoriale a tempo determinato, dal: .....

**per cui** indica di seguito gli incarichi di attività in atto svolti ai sensi dell'art. 23 dell'A.C.N. 23.3.2005 e successive integrazioni e modificazioni nuovo A.C.N. 29.7.09, presso Aziende Sanitarie/Enti:  
**(n.b. non riportare incarichi temporanei di sostituzione)**

Provincia	A.U.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;

– diversamente, specifica di seguito i rapporti convenzionali o di dipendenza a tempo determinato o indeterminato, che parimenti ha in atto con strutture pubbliche o private **(ALLEGARE CERTIFICATO DI SERVIZIO DELL'AMMINISTRAZIONE DI APPARTENENZA):**

.....  
.....

**Indirizzo, recapiti telefonici (compreso il cellulare), C.A.P. ( obbligatorio):**.....  
.....  
.....  
.....

**N O T A:** in riferimento a specifico attestato – (qualora richiesto dalla pubblicazione è obbligatorio allegarlo alla presente domanda) – il/la sottoscritto/a dichiara di allegare quanto segue: .....

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

**AVVERTENZE**

- GLI INTERESSATI GIA' TITOLARI DI INCARICO AMBULATORIALE IN DIVERSO AMBITO ZONALE CHE INTENDANO RICHIEDERE UN AUMENTO D'ORARIO O IL TRASFERIMENTO NELL'AMBITO ZONALE DI ROMA, DEVONO ALLEGARE ALLA PRESENTE DOMANDA UN CERTIFICATO STORICO DI SERVIZIO, IN CARTA SEMPLICE, RILASCIATO DAL COMPETENTE COMITATO ZONALE.
- I TITOLARI DI INCARICO A TEMPO INDETERMINATO PRESSO I MINISTERI DELLA DIFESA, MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA, SASN E INAIL DOVRANNO ALLEGARE CERTIFICATO STORICO DI SERVIZIO, IN CARTA SEMPLICE, COMPLETO DEGLI ORARI DI SERVIZIO NONCHE' IL NUMERO DELLE ORE SETTIMANALI TOTALI DI INCARICO).
- TUTTI COLORO CHE TROVASI IN SOVRAPPOSIZIONE DI ORARIO CON I TURNI VACANTI PUBBLICATI, DEVONO ALLEGARE ALLA PRESENTE DOMANDA LA RICHIESTA DI VARIAZIONE O DI RIDUZIONE PARZIALE DELL'ORARIO DI SERVIZIO DEL TURNO SVOLTO, PER USO PRELAZIONE, PROTOCOLLATA DALLA A.U.S.L. O DALL'ENTE DI APPARTENENZA, COMPLETA DEL RELATIVO BENESTARE. IL NULLA-OSTA DEFINITIVO SARA' INVIATO DALLA AMMINISTRAZIONE INTERESSATA A FIRMA DEL DIRETTORE GENERALE O DI DIRIGENTE AVENTE DELEGA .

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): .....

**ART.23 A.C.N. 23.3.05 E SUCCESSIVE INTEGRAZIONI E MODIFICAZIONI A.C.N. 29.7.09 – MODALITA' PER L'ATTRIBUZIONE DI TURNI DISPONIBILI A TEMPO INDETERMINATO E A TEMPO DETERMINATO**

“1. Premesso che lo specialista ambulatoriale o il professionista può espletare attività ambulatoriale ai sensi del presente Accordo, in una sola branca medica specialistica o area professionale e all'interno di uno o più ambiti zionali della stessa regione o ambiti zionali di altra regione confinante, e che le ore di attività sono ricoperte attraverso conferimento di nuovo incarico o aumenti di orario nella stessa branca o area professionale, o attraverso riconversione in branche diverse, per l'attribuzione dei turni comunque disponibili, di cui all'art. 22 comma 1, l'avente diritto è individuato attraverso il sequente ordine di priorità:

**a) titolare di incarico a tempo indeterminato** che, nella specialità o area professionale esercitata, svolga nell'ambito zonale in cui è pubblicato il turno, esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dal presente Accordo; titolare di incarico a tempo indeterminato presso l'INAIL e il SASN; medico generico ambulatoriale, di cui alla norma finale n. 5 del presente Accordo, in servizio alla data di entrata in vigore del presente Accordo, che faccia richiesta al Comitato zonale di ottenere un incarico medico specialistico nella branca di cui è in possesso del titolo di specializzazione, per un numero di ore non superiore a quello dell'incarico di cui è titolare; è consentito a tale medico di mantenere l'eventuale differenza di orario tra i due incarichi fino a quando l'incarico da specialista ambulatoriale non copra per intero l'orario di attività che il medico stesso svolgeva come generico di ambulatorio (cioè: Medico di Medicina Generale ex-Enti (n.d.r.));

**b) titolare di incarico a tempo indeterminato che svolga, in via esclusiva, attività ambulatoriale** regolamentata dal presente Accordo, in diverso ambito zonale della stessa regione o in ambito zonale di altra regione confinante. Relativamente all'attività svolta come aumento di orario ai sensi della presente lett. b) allo specialista ambulatoriale e al professionista non compete il rimborso delle spese di viaggio di cui all'art. 46;

**c) specialista titolare di incarichi in branche diverse e che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dal presente Accordo, il quale richiede di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore di incarico;**

**d) titolare di incarico a tempo indeterminato in altro ambito zonale, che faccia richiesta al Comitato zonale di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità;**

**e) specialista ambulatoriale titolare di incarico a tempo indeterminato che esercita esclusivamente attività ambulatoriale** regolamentata dal presente Accordo e chiede il passaggio in altra branca della quale è in possesso del titolo di specializzazione;

**f) titolare di incarico a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale, che per lo svolgimento di altra attività sia soggetto alle limitazioni di orario di cui all'art. 16;**

**g) titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa, il Ministero di Grazia e Giustizia;**

**h) titolare di incarico a tempo determinato, ai sensi del successivo comma 10, secondo l'ordine di precedenza di cui alle precedenti lettere, che faccia richiesta di incremento di orario o di trasferimento;**

**i) specialista ambulatoriale titolare di pensione a carico di Enti diversi dall'ENPAM;**

**l) medico di medicina generale, medico specialista pediatra di libera scelta, medico di medicina dei servizi, medico della continuità assistenziale, medico dipendente di struttura pubblica 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.**

2. Ai fini delle procedure di cui al comma 1, per ogni singola lettera dalla a) alla l), l'anzianità del servizio riconosciuto ai fini della prelazione, costituisce titolo di precedenza; in caso di pari anzianità di servizio è data precedenza all'anzianità di specializzazione successivamente all'anzianità di laurea ed in subordine all'età anagrafica.

3. In ogni caso, allo specialista ambulatoriale o al professionista, disponibile ad assumere l'incarico ai sensi del comma 1 non è consentito il trasferimento qualora non abbia maturato un'anzianità di servizio di almeno 18 mesi nell'incarico in atto, alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione della dichiarazione di disponibilità.

..... OMISSIS .....

10. Qualora sussistano ancora turni vacanti, le aziende procedono alla assegnazione dei turni a specialisti ambulatoriali o professionisti non ancora titolari di incarico presenti nelle graduatorie di cui all'art. 21 del presente Accordo, che abbiano espresso la propria disponibilità all'atto della pubblicazione dei turni vacanti, secondo l'ordine di graduatoria (cioè: primo incarico a tempo determinato (n.d.r.)).

Gli incarichi hanno durata annuale e sono rinnovati automaticamente alla scadenza al sanitario interessato, salvo comunicazione motivata all'interessato con lettera A/R, almeno 30 giorni prima della scadenza dell'incarico.

..... OMISSIS .....