

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

**RACCOMANDATA A.R.**

**ASL VITERBO**  
**UOC Politiche e Gestione delle Risorse Umane**  
**Settore medicina Convenzionata**  
**Via Enrico Fermi,15**  
**01100 Viterbo (VT)**

**PEC: prot.gen.asl.vt.it@legalmail.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: ..... 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: .....,  
indirizzo residenza..... città..... cap..... prov...  
telefono.....cellulare..... email.....  
PEC ( obbligatoria):.....  
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:**.....

.....

.....

.....

.....

### **AVVERTENZE**

- **TUTTI COLORO CHE SI TROVANO 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.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.19 A.C.N. 17.12.2015– ASSEGNAZIONE DI INCARICHI A TEMPO INDETERMINATO**

1. Gli specialisti, i veterinari ed i professionisti aspiranti all'incarico devono comunicare, con lettera raccomandata A/R o posta elettronica certificata, dal 1° al 10° giorno del mese successivo a quello della pubblicazione di cui all'art. 18, comma 3, la propria disponibilità all'Azienda sede del Comitato zonale di riferimento, la quale individua, entro i 20 giorni successivi alla scadenza del termine, l'avente diritto secondo l'ordine di priorità di cui al comma successivo.

2. Lo specialista ambulatoriale, il veterinario o il professionista può espletare attività ambulatoriale ai sensi del presente Accordo in una sola branca medica specialistica o area professionale con rapporto di lavoro convenzionato unico a tutti gli effetti, instaurato con una o più Aziende della stessa Regione o di Aziende di altra Regione confinante. 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'assegnazione degli incarichi a tempo indeterminato l'avente diritto è individuato attraverso il seguente ordine di priorità:

a) titolare di incarico a tempo indeterminato che svolga, in via esclusiva, nell'ambito zonale in cui è pubblicato l'incarico, attività ambulatoriale nella specialità o area professionale regolamentata dal presente Accordo; titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN ubicate nel medesimo ambito zonale; 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 all'Azienda 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;

b) titolare di incarico a tempo indeterminato, che svolga esclusivamente attività regolamentata dal presente Accordo in diverso ambito zonale della Regione o di altra Regione confinante; titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN della Regione o di altra Regione confinante. Relativamente all'attività svolta come incremento orario ai sensi della presente lettera b) non compete il rimborso delle spese di viaggio di cui all'art. 48;

c) titolare di incarico a tempo indeterminato in ambito zonale di Regione non confinante o titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN di Regione non confinante, che faccia richiesta di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità;

d) 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;

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 svolga altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto all'art. 26, comma 1;

g) titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa;

h) specialisti, veterinari e professionisti iscritti nelle graduatorie di cui all'art. 17 del presente Accordo in vigore il primo giorno utile per la presentazione della domanda, con esclusione dei già titolari di incarico a tempo indeterminato;

i) medico di medicina generale, medico specialista pediatra di libera scelta, medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale 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.

3. Ai fini delle procedure di cui al comma 2, per ogni singola lettera dalla a) alla i), con esclusione della lettera h), l'anzianità riconosciuta ai fini della prelazione costituisce titolo di precedenza; in caso di pari posizione è data precedenza all'anzianità di specializzazione e, successivamente, all'anzianità di laurea ed in subordine alla minore età anagrafica.

----- OMISSIS -----