

DOMANDA DI DISPONIBILITA' TURNI VACANTI SPECIALISTICA AMBULATORIALE
A TEMPO INDETERMINATO

(Da inviare durante il periodo di pubblicazione degli incarichi)

ASL Viterbo
Comitato Zonale
Specialistica Ambulatoriale

PEC: prot.gen.asl.vt.it@legalmail.it

Il sottoscritto

☐ **MEDICO SPECIALISTA/ODONTOIATRA** ☐ **VETERINARIO** ☐ **BIOLOGO** ☐ **PSICOLOGO** ☐ **CHIMICO**

Dott. _____ nato/a a _____

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

laureato/a in: _____ il: _____, iscritto/a all'Albo/Ordine
dei/degli (indicare quale): _____ di: _____ dal: _____, in
possesso di specializzazione nella branca specialistica/scuola universitaria di specializzazione in:

_____ conseguita presso l'Università di: _____ il: _____,

indirizzo residenza _____ città _____ cap _____ prov. _____

telefono _____ cellulare _____ email _____

PEC: _____

(obbligatoria per l'invio di qualsiasi comunicazione inerente ai turni vacanti in pubblicazione):

presenta domanda di:

Conferimento incarico ai sensi dell'art. 21 dell'ACN del 05.02.2026, per:

☐ medici, odontoiatri e veterinari per la branca di: _____

☐ biologi, psicologi o psicoterapeuti, chimici per la branca di: _____

Ed in particolare comunica di essere nella seguente posizione: (barrare con una X l'opzione interessata nel rispetto della propria posizione come previsto dall'art. 21 comma 6 del vigente ACN, qualora non venga selezionata alcuna situazione la domanda verrà esclusa per impossibilità a determinare i criteri di prelazione)

☐ **titolare a tempo indeterminato di specialistica ambulatoriale nello stesso ambito zonale (compresi INAIL e SASN) - art. 21 comma 6 lett. a;**

☐ **titolare a tempo indeterminato di specialistica ambulatoriale in diverso ambito zonale della stessa Regione o di altra Regione confinante (compresi INAIL e SASN) - art. 21 comma 6 lett. b;**

☐ **titolare a tempo indeterminato di specialistica ambulatoriale in ambito zonale di Regione non confinante (compresi INAIL e SASN), che faccia richiesta di essere trasferito nel territorio presso cui si è determinata la disponibilità) - art. 21 comma 6 lett. 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 - art. 21 comma 6 lett. d;**

☐ **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 - art. 21 comma 6 lett. e;**

☐ titolare di incarico a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale che svolga altra attività compatibile e nel rispetto del massimale orario - art. 21 comma 6 lett.f;

☐ titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa (limitatamente a coloro a cui si applica il presente Accordo) - art. 21 comma 6 lett. g;

☐ specialisti, veterinari e professionisti iscritti nelle graduatorie provinciali di Viterbo di cui all'articolo 19 del presente Accordo in vigore nel periodo di pubblicazione degli incarichi. L'accettazione dell'incarico a tempo indeterminato comporta la cancellazione dalle graduatorie e l'impossibilità di concorrere all'assegnazione di incarichi ai sensi della presente lettera - art. 21 comma 6 lett. h;

☐ specialista, veterinario o professionista in possesso dei requisiti di cui all'art.19 - art. 21 comma 6 lett. 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 partecipano esclusivamente ai sensi della presente lettera, devono essere in possesso del titolo di specializzazione della branca in cui partecipano e matureranno anzianità giuridica a far data dall'incarico di specialista ambulatoriale - art. 21 comma 6 lett.j;

Ai fini delle procedure di cui al sopra, per ogni singola lettera dalla a) alla j), con esclusione delle lettere h) e i), 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. Gli aspiranti di cui alla lettera i) sono graduati nell'ordine della minore età anagrafica, dell'anzianità di specializzazione e dell'anzianità di laurea.

In ogni caso, allo specialista ambulatoriale, al veterinario o al professionista, disponibile ad assumere l'incarico di cui al presente articolo è consentito il trasferimento qualora abbia maturato un'anzianità, nell'incarico in atto, di almeno 18 mesi alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione della dichiarazione di disponibilità. Il trasferimento non comporta soluzione di continuità nell'incarico.

Per il conferimento dei turni pubblicati di seguito indicati:

1)TURNO: sede: _____ ore settimanali _____ branca _____

2)TURNO: sede: _____ ore settimanali _____ branca _____

3)TURNO: sede: _____ ore settimanali _____ branca _____

4)TURNO: sede: _____ ore settimanali _____ branca _____

5)TURNO: sede: _____ ore settimanali _____ branca _____

6)TURNO: sede: _____ ore settimanali _____ branca _____

Qualora lo spazio di cui sopra risultasse insufficiente l'interessato potrà riportare le scelte successive, su un foglio debitamente firmato e datato, allegato alla presente domanda.

A tal fine il/la sottoscritto/a dichiara: **da compilare per la verifica di quanto dichiarato nei criteri di prelazione:** (Barrare con una X la parte in interesse), qualora non venga selezionata alcuna situazione in riscontro a quanto dichiarato nei criteri di prelazione precedenti previsti dall'art. 21 comma 6 dell'ACN, la domanda verrà esclusa per impossibilità a verificare la propria dichiarazione:

☐ di essere titolare di incarico a tempo indeterminato come specialista ambulatoriale, dal: _____ (indicare la data di inizio titolarità a tempo indeterminato) presso la ASL/Ente di _____ e dall'ultimo incarico in atto dal: _____ presso la ASL/Ente di _____ per n. _____ ore settimanali (valido per l'anzianità necessaria di 18 mesi in caso di trasferimento)

☐ di essere titolare di altro incarico a tempo indeterminato dal _____, presso la ASL/Ente di _____ previsto dai criteri di prelazione di cui all'art. 21 (medico di medicina generale, medico specialista pediatra di libera scelta, medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale) _____ (specificare il tipo di rapporto).

EVENTUALI ULTERIORI SPECIFICAZIONI IN MERITO ALLA PRESENTE DOMANDA: _____

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI TURNI PER CUI È RICHIESTA LA VALUTAZIONE DA PARTE DI UNA COMMISSIONE TECNICA AZIENDALE AI SENSI DELL'ART. 21 COMMA 4 DELL'ACN VIGENTE in applicazione della disposizione circolare Regionale prot. 610461 del 4.11.2014

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere titolare di incarico come specialista ambulatoriale, presso l'Azienda _____ dal: _____ e di svolgere già l'attività specifica per la quale è richiesto il possesso di particolari capacità professionali come da pubblicazioni del mese corrente

Data _____

Firma _____

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:** _____