

**DOMANDA DI DISPONIBILITA' TURNI VACANTI SPECIALISTICA AMBULATORIALE A TEMPO INDETERMINATO PUBBLICATI IL \_\_\_\_\_**

Alla ASP di Agrigento  
U.O. Gestione Convenzione e Budget Continuità Assistenziale  
E Strutture Sanitarie Accreditate Interne  
V.le della Vittoria, 321  
92100 Agrigento  
PEC: [protocollo@pec.aspag.it](mailto:protocollo@pec.aspag.it)

**OGGETTO:** Assegnazione turni disponibili Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.) per la Disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari e altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali del 31/03/2020 e s.m.i.

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

- |                                             |                                      |                                      |
|---------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MEDICO SPECIALISTA | <input type="checkbox"/> ODONTOIATRA | <input type="checkbox"/> VETERINARIO |
| <input type="checkbox"/> BIOLOGO            | <input type="checkbox"/> PSICOLOGO   | <input type="checkbox"/> CHIMICO     |

**Comunica la propria disponibilità all'acquisizione dell'incarico sotto riportato**

Pubblicazione turni vacanti del \_\_\_\_\_ trimestre dell'anno \_\_\_\_\_  
Branca specialistica/area professionale \_\_\_\_\_ n. ore sett.li \_\_\_\_\_  
Da svolgersi presso l'ASP di Agrigento – Distretto/Presidio di \_\_\_\_\_  
Sede \_\_\_\_\_

Pubblicazione turni vacanti del \_\_\_\_\_ trimestre dell'anno \_\_\_\_\_  
Branca specialistica/area professionale \_\_\_\_\_ n. ore sett.li \_\_\_\_\_  
Da svolgersi presso l'ASP di Agrigento – Distretto/Presidio di \_\_\_\_\_  
Sede \_\_\_\_\_

Pubblicazione turni vacanti del \_\_\_\_\_ trimestre dell'anno \_\_\_\_\_  
Branca specialistica/area professionale \_\_\_\_\_ n. ore sett.li \_\_\_\_\_  
Da svolgersi presso l'ASP di Agrigento – Distretto/Presidio di \_\_\_\_\_  
Sede \_\_\_\_\_

E a tal fine ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del DPR 28/12/2000, n. 445 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000,

**DICHIARA**

1. Di essere nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ;

2. Di essere residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_ prov. di \_\_\_\_\_;
3. Di aver conseguito la laurea in \_\_\_\_\_ presso la facoltà di \_\_\_\_\_  
Dell'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
4. Di aver conseguito la Specializzazione in \_\_\_\_\_ presso la Facoltà di \_\_\_\_\_  
dell'Università degli Studi di \_\_\_\_\_  
In data \_\_\_\_\_;
5. Di essere iscritto all'Albo Professionale dei \_\_\_\_\_ della provincia di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ o di essere iscritto all'Ordine Provinciale dei medici e degli odontoiatri  
della provincia di \_\_\_\_\_;
6. Di trovarsi in una delle sotto indicate posizioni, previste dall'art. 21, comma 2, dell'A.C.N. :
- ☐ a) specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo indeterminato nello stesso ambito  
zonale ( compresi INAIL e SASN ) dal \_\_\_\_\_ ( art. 21 comma 2 lett. a );
  - ☐ b) specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo indeterminato in diverso ambito  
zonale della Regione o di altra Regione confinante dal \_\_\_\_\_ ( art. 21 comma 2 lett. b );
  - ☐ c) specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo indeterminato di Regione non  
confinante dal \_\_\_\_\_ ( art. 21 comma 2 lett. c );
  - ☐ d) specialista ambulatoriale titolare d'incarico nelle branche di \_\_\_\_\_ e  
\_\_\_\_\_, che richiede di concentrare in una sola branca il numero  
complessivo di ore d'incarico ( art. 21 comma 2 lett. d );
  - ☐ e) specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo indeterminato nella branca di  
\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_, che chiede il passaggio nella branca di  
\_\_\_\_\_ ( art. 21 comma 2 lett. e );
  - ☐ f) specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo indeterminato che svolga altra attività  
compatibile e nel rispetto di quanto previsto all'art. 28, comma 1 ( art. 21, comma 2 lett. f );
  - ☐ g) titolare d'incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa ( limitatamente  
a coloro a cui si applica il presente accordo ) dal \_\_\_\_\_ ( art. 21, comma 2 lett. g );
  - ☐ h) iscritto nella graduatoria, di cui all'art. 19 dell'A.C.N. , della provincia di Agrigento,  
valida ai fini dell'assegnazione dei turni vacanti del \_\_\_\_\_° trimestre 202\_\_\_\_, al posto n.  
\_\_\_\_\_ ( art. 21, comma 2 lett. h );
  - ☐ i) specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui all'art. 19; ( art. 21  
comma 2 lett. i );
  - ☐ j) medico di medicina generale, medico specialista, pediatra di libera scelta, medico  
dipendente del Servizio Sanitario Nazionale dal \_\_\_\_\_, che intende convertire

completamente il proprio rapporto di lavoro in un incarico specialistico, previa rinuncia al rapporto in corso ( art. 21 comma 2 lett. j );

### DICHIARA INOLTRE

7. ☐ di essere disponibile a rinunciare ad eventuali cause ostative al conferimento dell'incarico;
8. ☐ di essere disponibile a rimuovere le condizioni di incompatibilità previste dall'art. 27 dell'A.C.N. 31/03/2020 e s.m.i.;

9. ☐ Che i propri recapiti sono i seguenti:

residente a \_\_\_\_\_ (prov. di \_\_\_\_\_ ) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

PEC(obbligatoria) \_\_\_\_\_

Eventuale indirizzo diverso dalla residenza presso il quale si vuole ricevere ogni comunicazione

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dichiara di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., che i dati personali forniti con la presente istanza saranno trattati, anche informaticamente, esclusivamente per l'espletamento dell'Avviso di pubblicazione dei turni vacanti, per le strette finalità espresse nello stesso avviso.

Allega fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità e, solo per i turni per i quali è richiesta documentata esperienza/competenza, l'elenco firmato dei documenti inviati.

DATA \_\_\_\_\_

Firma ( per esteso )

\_\_\_\_\_