

Fac-simile

ASL FG –
U.O. PERSONALE CONVENZIONATO
pec: comitatozonalefoggia@mailcert.aslfg.it

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI TURNI VACANTI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE
PUBBLICAZIONE SETTEMBRE 2025**

Dichiarazione ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 da presentare unitamente ad una copia di un documento di identità

(da inviare entro e non oltre il giorno 15 SETTEMBRE 2025)

La presente domanda è valida per l'attribuzione di incarichi in una singola branca per cui in caso di presentazione di domanda unica per più branche specialistiche, verrà presa in considerazione soltanto la prima branca indicata

Nel caso l'interessato sia in possesso di due o più titoli di specializzazione che consentano la partecipazione all'attribuzione di incarichi in più branche specialistiche, occorre presentare specifiche domande separate

Ai sensi dell'art. 21 comma 6 dell'ACN vigente, lo specialista ambulatoriale, il veterinario o il professionista può espletare attività ambulatoriale in una sola branca specialistica

Il Sottoscritto Dott. _____

nato a _____ il _____

residente _____ (_____)

Via _____ n. _____

Cellulare _____

P.E.C. _____

(obbligatoria ai sensi della Legge n. 2 del 28/01/2009 e successiva Legge n. 221/2012)

Specializzato in _____

Data di specializzazione _____

CHIEDE

() ai sensi dell'art. 21 comma 6 lettera _____ dell'ACN del 04.04.2024 di partecipare all'assegnazione dei sottoelencati turni vacanti a tempo indeterminato indivisibili di Specialistica Ambulatoriale pubblicati nel mese di Giugno 2025

BRANCA: _____

POLIAMBULATORIO	ORE
POLIAMBULATORIO	ORE
POLIAMBULATORIO	ORE
POLIAMBULATORIO	ORE
POLIAMBULATORIO	ORE
POLIAMBULATORIO	ORE
POLIAMBULATORIO	ORE
POLIAMBULATORIO	ORE
POLIAMBULATORIO	ORE
POLIAMBULATORIO	ORE
POLIAMBULATORIO	ORE

A tal fine consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o di produzione di atti falsi o contraffatti è perseguibile personalmente, come prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000 e che, inoltre, qualora da controlli effettuati emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese o dei documenti prodotti, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000),

Il sottoscritto dichiara inoltre, ai fini della rilevazione di eventuali incompatibilità previste dall'art. 27 dell'ACN

D I C H I A R A sotto la propria responsabilità di:

(barrare la voce che non interessa)

• **ESSERE / NON ESSERE (art. 21 comma 6 lettera A)**

() Titolare di incarico a tempo indeterminato di specialistica ambulatoriale che svolga, **in via esclusiva**, nell'ambito zonale in cui è pubblicato l'incarico di specialista ambulatoriale a tempo indeterminato nella specialità o area professionale regolamentata dall'ACN del 04.04.2024

() Titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN ubicate nel medesimo ambito zonale;

Branca _____

Ente/ ASL _____

Dal _____ Ore _____;

• **ESSERE / NON ESSERE (art. 21 comma 6 lettera B)**

Titolare di incarico a tempo indeterminato di specialistica ambulatoriale in diverso ambito zonale della Regione o di altra Regione confinante o presso sedi INAIL o SASN della Regione o di altra Regione confinante) così come di seguito indicato:

Branca _____

ASL _____

Indirizzo _____

Dal _____ Ore _____;

- **ESSERE / NON ESSERE (art. 21 comma 6 lettera C)**

Titolare di incarico a tempo indeterminato di specialistica ambulatoriale in ambito zonale di Regione non confinante o presso sedi INAIL o SASN ubicate in altra Regione non confinante, che faccia richiesta di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità) così come di seguito indicato:

Branca _____

ASL /ENTE _____

Dal _____ Ore _____;

- **ESSERE / NON ESSERE (art. 21 comma 6 lettera D)**

Titolare di incarichi di specialistica ambulatoriale in branche diverse e che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dall'ACN vigente e richiede di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore di incarico;

Branca _____

Ente / ASL _____

Dal _____ Ore _____;

- **ESSERE / NON ESSERE (art. 21 comma 6 lettera E)**

Titolare di incarichi in branche diverse e che esercita esclusivamente attività di specialistica ambulatoriale regolamentata dall'ACN vigente e richiede il passaggio in altra branca della quale è in possesso del titolo di specializzazione così come di seguito indicato:

Branca _____

Ente / ASL _____

Dal _____ Ore _____;

- **ESSERE/NON ESSERE (art. 21 comma 6,lett. F)**

Titolare di incarico a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale che svolga altra attività compatibile nel rispetto di quanto previsto dall'art. 28 comma 1 dell'ACN;

- **ESSERE/NON ESSERE (art. 21 comma 6,lett. G)**

Titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa (limitatamente a coloro a cui si applica l'A.C.N.)

- **ESSERE/NON ESSERE (art. 21 comma 6 lettera H)**

inserito nella graduatoria regionale definitiva valevole per l'anno 2025

nella branca di _____ - posizione n ° _____

(Specialisti, veterinari e professionisti iscritti nelle graduatorie di cui all'art. 19 dell'ACN vigente, in vigore il primo giorno utile per la presentazione della domanda, **con esclusione dei già titolari di incarico a tempo indeterminato**)

- **ESSERE/NON ESSERE (art. 21 comma 6 lettera I)**

Specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui all'art. 19 dell'A.C.N.

- **ESSERE/NON ESSERE (art. 21 comma 6,lett. J)**

Medico di medicina generale, medico specialista pediatra di libera scelta, 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 (specificare Azienda / tipo di rapporto / decorrenza) _____

- **ESSERE/NON ESSERE titolare di trattamento pensionistico erogato da**

SVOLGERE / NON SVOLGERE ulteriori incarichi professionali o comunque denominati qualunque sia la tipologia del rapporto anche se denominato di tipo libero/professionale (indicare Ente e tipo di attività svolta)

TIPO INCARICO_____

EVENTUALI ALTRE NOTE / COMUNICAZIONI / ALTRE ATTIVITA' PROFESSIONALI :

_____ lì _____

In fede

firma leggibile

Allega fotocopia documento d'identità in corso di validità