

a norma dell'art. 21 comma 1 la domanda - **da inviare ESCLUSIVAMENTE IN FORMATO PDF a mezzo PEC** dal 1° al 15° giorno dello stesso mese della pubblicazione: marzo, giugno, settembre e dicembre.

Il sottoscritto: ☐ - MEDICO SPECIALISTA ☐ - MEDICO VETERINARIO  
☐ - BIOLOGO ☐ - CHIMICO ☐ - PSICOLOGO

Dott. .... nato/a a .....  
(prov. di ..... ) il ..... Codice Fiscale:.....  
**RESIDENZA:**  
Via/Piazza/Largo ..... n.....  
Comune.....Prov..... CAP..... Cell.....  
e-mail.....  
PEC.....@..... (obbligatorio)

laureato/a in: ..... il: ....., iscritto all'Albo/Ordine ..... provincia:  
..... dal: ....., in possesso del titolo di specializzazione nella branca specialistica di:  
.....  
conseguita presso l'Università di:.....il: .....  
ai sensi dell'art. 21 dell'A.C.N. 04.04.2024

**MANIFESTA LA PROPRIA DISPONIBILITA' PER IL CONFERIMENTO INCARICO A TEMPO INDETERMINATO:**

- ☐ **branca medica di (indicare una sola branca):** .....
- ☐ **professionalità sanitaria di:** .....

**Ed in particolare fa domanda di:** (barrare con una X l'opzione interessata nel rispetto della propria posizione come previsto dall'art. 21 ACN 31.03.2020,)

- ☐ aumento orario ( lett.a ) titolare di incarico a tempo indet. nello stesso ambito zonale (Roma e Provincia)
- ☐ aumento orario ( lett.b ) titolare di incarico a tempo indet. in diverso ambito zonale della regione o di regione confinante
- ☐ trasferimento ( lett.c ) titolare di incarico a tempo indeterminato in regione non confinante
- ☐ passaggio in altra branca ( lett. e ) della quale è in possesso di spec.ne - (già titolare a tempo indeterminato)
- ☐ primo incarico a tempo indeterminato ( lett.g ) titolare convenzionato tempo ind. presso Ministero Difesa
- ☐ primo incarico a tempo indeterminato ( lett.h ) posizione inserita nella GRADUATORIA vigente
- ☐ primo incarico a tempo indeterminato ( lett.i ) specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui all'art. 19
- ☐ primo incarico a tempo indeterminato ( lett.j ) medico di medicina generale, medico specialista pediatria libera scelta, medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale
- ☐ **NORMA FINALE N.7 (odontoiatri) – anzianità d'incarico a tempo determinato, incarico provvisorio o incarico di sostituzione dal ..... e di aver svolto almeno tre anni di attività convenzionale ai sensi dell'ACN NELLA BRANCA DI ODONTOIATRIA: dal ..... Al ..... , c/o .....**

(Indicare di seguito, secondo l'ordine di preferenza i turni pubblicati)

1) ASL Roma ..... branca ..... ore settimanali: ..... presidio:..... con orario:.....
2) ASL Roma ..... branca ..... ore settimanali: ..... presidio:..... con orario:.....
3) ASL Roma ..... branca ..... ore settimanali: ..... presidio:..... con orario:.....
4) ASL Roma ..... branca ..... ore settimanali: ..... presidio:..... con orario:.....
5) ASL Roma ..... branca ..... ore settimanali: ..... presidio:..... con orario:.....
6) ASL Roma ..... branca ..... ore settimanali: ..... presidio:..... con orario:.....

**LA COMPILAZIONE DI QUESTO SPAZIO É RISERVATA ESCLUSIVAMENTE AL TITOLARE A TEMPO INDETERMINATO CHE AUTOCERTIFICA (ai sensi del DPR 445/00 e s.m.i.)**

**DI SVOLGERE GIÁ L'ATTIVITÀ INDICATA in pubblicazione  
(solo per i turni che prevedono il possesso di specifiche capacità professionali)**

presso la ASL..... Presidio/Servizio .....

ai fini della attribuzione del turno vacante richiesto al punto n. \_\_\_\_ n. \_\_\_\_ n. \_\_\_\_ n. \_\_\_\_  
pubblicato con commissione (art. 21 co. 4 ACN 4.04.2024)  
*applicazione disposizione circolare Regionale prot. 610461 del 4.11.2014*

Data ..... Firma per esteso .....

**il sottoscritto dichiara:**

☐ di essere già titolare di incarico ambulatoriale a tempo indeterminato, ACN specialistica ambulatoriale dal: **(indicare la decorrenza del primo incarico)** ..... Nella BRANCA .....  
Presso .....

**AVVERTENZE PER I TITOLARI**

IN CASO DI SOVRAPPOSIZIONE ORARIA TRA I TURNI IN ATTO E I TURNI RICHIESTI, E' NECESSARIO ALLEGARE IL NULLA OSTA ALLA VARIAZIONE ORARIA COMPILANDO L'APPOSITO MODULO ALLEGATO (all.1) ALLA PRESENTE DOMANDA DI PARTECIPAZIONE. **IL MANCATO INVIO DEL MODULO ALLEGATO, ADEGUATAMENTE COMPILATO IN OGNI SUA PARTE, COMPORTA L'ESCLUSIONE DELLA DOMANDA DALLA PROCEDURA DI ASSEGNAZIONE.**

**EVENTUALI CESSAZIONI/RIDUZIONI ORARIE DELL'INCARICO IN ATTO DEVONO ESSERE ESPRESSAMENTE DICHIARATE NELLA PRESENTE DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALLA SEZIONE NOTE.**

**(Riportare di seguito gli incarichi di titolarità a tempo indeterminato attualmente svolti, indicando l'articolazione oraria):**

ASL/Ente	Presidio	Tot. ore sett.	Lunedì orario	Martedì orario	Mercoledì orario	Giovedì orario	Venerdì orario	Sabato orario

Per i titolari che svolgono attività in provincia diversa da Roma, INDICARE la decorrenza dell'incarico attualmente svolto: .....

**II SOTTOSCRITTO DICHIARA**

☐ di non essere titolare di pensione;

☐ di avere ☐ di NON avere altro rapporto di lavoro, a qualsiasi titolo, con strutture pubbliche o strutture private;  
c/o (indicare struttura) .....

☐ di essere ☐ di NON essere ☐ Dipendente Servizio Sanitario Nazionale ☐ Medico di Medicina dei Servizi  
☐ Medico di Continuità Assistenziale ☐ MMG ☐ PLS  
☐ tempo determinato ☐ tempo indeterminato dal ..... c/o .....

**Note:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 e s.m.i. sulle responsabilità penali cui può andare incontro chi rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal vigente T.U. sopracitato, che quanto affermato nel presente modulo di domanda corrisponde al vero;

**N.B. allegare fotocopia di documento di identità in corso di validità.**

Data..... Firma per esteso .....

**AVVERTENZE: LA PRESENTE RICHIESTA, AUTORIZZATA DAL RESPONSABILE SANITARIO E TRASMESSA ALL' UFFICIO PERSONALE A CONVENZIONE (CHE APPONE IL TIMBRO) DOVRÀ ESSERE ALLEGATA AL MODULO DI DOMANDA.**

Responsabile Sanitario

Dott. \_\_\_\_\_

Ufficio Personale a Convenzione

ASL \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Titolare di incarico a tempo indeterminato presso codesta Azienda, nella branca di \_\_\_\_\_ per n. ore \_\_\_\_\_ come di seguito articolate:

Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	domenica

#### CHIEDE

#### PREVENTIVA VARIAZIONE ORARIO - USO PRELAZIONE PER DOMANDA TURNI COMITATO ZONALE DI ROMA E PROVINCIA

come di seguito indicata:

- *la variazione orario avrà seguito, solamente in caso il/la sottoscritto/a risultasse assegnatario/a del turno pubblicato al Comitato Zonale di Roma -*

Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	domenica

**N.B.**

*Il/la sottoscritto/a, in caso di assegnazione di nuovo incarico, comunicherà, al competente Ufficio Personale a Convenzione, l'esito positivo della procedura, al fine della formalizzazione della variazione e/o riduzione ORARIO dell'incarico in atto.*

Firma \_\_\_\_\_

Il Responsabile  
Sanitario

Ufficio Personale a Convenzione  
ASL \_\_\_\_\_

☐ autorizza

PRESA VISIONE

☐ non autorizza

(timbro)