

la domanda **dovrà essere inviata a mezzo PEC** dal 1° al 15° giorno dello stesso mese della pubblicazione: marzo, giugno, settembre e dicembre **ESCLUSIVAMENTE IN FORMATO PDF (le domande incomplete non saranno valutate)**

Il sottoscritto:

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 in:
conseguito presso l'Università di:.....il:
ai sensi dell'art. 21 dell'A.C.N. 5.2.2026

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

☐ **branca medica / professionalità di (indicare una sola branca):**

Ed in particolare fa domanda di: (barrare con una X l'opzione interessata nel rispetto della propria posizione come previsto dall'art. 21 ACN 5.02.2026)

- ☐ 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
- ☐ co.8 art.21

(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'ATTIVITÁ 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 5.2.2026)
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 con orario:

(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:

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.

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)