

DOMANDA DI ATTRIBUZIONE DI TURNI DISPONIBILI RELATIVA ALLA PUBBLICAZIONE DEGLI INCARICHI DI CUI ALL'ART. 21- ACN/2024, AREA SPECIALISTICA AMBULATORIALE.

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____ nato/a _____
 (Prov. di _____), il _____, residente a _____ Via _____ n° _____
 Cap _____ tel. _____ e.mail _____ PEC (obbligatoria ai sensi
 dell'art. 16 L. n. 2/2009) _____ laureato/a in _____ e
 Specializzato/a in _____ in riferimento alla Pubblicazione dei turni vacanti del _____ °
 trimestre anno _____ giusta Delibera n. _____ del _____.

DICHIARA

- 1) di essere laureato/a in _____ (medicina e chirurgia o odontoiatria, o biologia, o chimica, o psicologia) con voto _____ presso l'Università di _____ in data _____;
- 2) di essere iscritto/a all'Albo Professionale di _____ dal _____;
- 3) di essere in possesso della Specializzazione in _____ conseguita il _____ con voto _____;

CHIEDE

l'assegnazione degli incarichi come di seguito riportati nell'ordine di preferenza, nella **BRANCA** di _____:

- 1) N. _____ ore sett.li c/o il Poliambulatorio di _____;
- 2) N. _____ ore sett.li c/o il Poliambulatorio di _____;
- 3) N. _____ ore sett.li c/o il Poliambulatorio di _____;
- 4) N. _____ ore sett.li c/o il Poliambulatorio di _____;
- 5) N. _____ ore sett.li c/o il Poliambulatorio di _____.

A tal fine il/la sottoscritto/a dichiara di trovarsi nella seguente **POSIZIONE LAVORATIVA**:

- a) **Tipologia di lavoro e contratto** (convenzionato, dipendente a tempo determinato o indeterminato, rapporto libero professionale, contratto co.co.co, ecc.): _____;
- b) **Attuale/i sede/i di lavoro** _____ per complessive n. ore sett.li _____, specificare **Struttura Sanitaria** pubblica, privata o privata convenzionata (Asl. Inail, Ospedale): _____ dal _____;
- c) **Data anzianità di servizio** dell'incarico attualmente ricoperto in qualità di **Specialista Ambulatoriale** a tempo determinato e indeterminato _____.

DICHIARA, altresì,

- **essere/non essere** incluso/a nella Graduatoria della Specialistica Ambulatoriale vigente della Provincia di Enna (cancellare la parte che non interessa), per la suindicata branca specialistica, al posto n. _____, ai sensi dell'art. 19 comma 10 ACN/2024;
- limitatamente agli aspiranti all'assegnazione degli incarichi riconducibili alla **lett. b) e c) dell'Art. 21 ACN/2020**, di **essere/non essere** disponibile a chiedere il trasferimento nel territorio in cui si è determinata la disponibilità, ai sensi del comma 5 dello stesso Art.21, pena esclusione;
- limitatamente agli aspiranti all'assegnazione degli incarichi riconducibili alla **lett. j) dell'Art. 21 ACN/2020**, di **essere/non essere** disponibile a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro, pena esclusione.

Il sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni civili e penali in caso di dichiarazioni mendaci, afferma che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero.

Data

Firma per esteso

N.B. Alla presente domanda da inviare con pec a "cureprimarie@pec.asp.enna.it", durante il periodo di pubblicazione degli incarichi (art.21 ACN/2024) dall' 1 al 15, bisogna allegare l'Autocertificazione Informativa (Allegato B) e la copia fotostatica di un documento d'identità.

