RACCOMANDATA A.R,

BOLLO
€ 14,62

LA PRESENTE DOMANDA - IN CARTA RESA LEGALE -, COMPILATA IN OGNI SUA PARTE ED IN MANIERA LEGGIBILE DA PARTE DI SPECIALISTI AMBULATORIALI ED ALTRE PROFESSIONALITÀ (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI) AVENTI DIRITTO AI SENSI DELL'ARTICOLO 23, COMMA 1, DELL'A.C.N. 29 LUGLIO 2009, VA INDIRIZZATA AL:

COMITATO CONSULTIVO ZONALE MEDICI AMBULATORIALI DELLA PROVINCIA DI LATINA
C/O AZIENDA USL LATINA - CENTRO DIREZIONALE COMMERCIALE "LATINAFIORI" - PALAZZINA G2
VIALE PIER LUIGI NERVI S.N.C. - 04100 LATINA

BARRARE CON UNA "X" LA FIGURA PROFESSIONALE AMBULATORIALE CHE INTERESSA:

☐ - MEDICO SPECIALISTA AMBULATORIALE

☐ - BIOLOGO AMBULATORIALE

☐ - CHIMICO AMBULATORIALE

☐ - PSICOLOGO AMBULATORIALE

OGGETTO: **DOMANDA DI CONFERIMENTO INCARICO - ARTT. 22, CO.1 E 23, CO. 1 A.C.N. DI CUI ALL'ATTO DI REPERTORIO P.C.M. N° 2272 DEL 23/03/2005.**

☐ - Branca di (se medico specialista): …….....

☐ - Altra attività professionale sanitaria: .....

Il/la sottoscritto/a Dott. …… nato/a a …… (prov. di ……..) il …… Codice fiscale:……..... Codice ENPAM (o di altro Ente Prev.le - indicare quale): ……..…....., in possesso di specializzazione nella branca specialistica/scuola universitaria di specializzazione:…… ..... conseguita il: ……... fa domanda di (barrare con una "x" la/le voce/i che interessa/no):

☐ - incarico per aumento orario

☐ - trasferimento nello stesso ambito zonale

☐ - trasferimento da diverso ambito zonale (art. 23, co. 1, lett. D) A.C.N. vigente);

☐ - primo incarico a tempo indeterminato (art. 23, co. 1, lett. G) A.C.N. vigente);

☐ - incarico per aumento orario o trasferimento (tempo determinato - art. 23, co. 1, lett. H) A.C.N);

☐ - primo incarico a tempo indeterminato - (art. 23, co. 1, lett. L) A.C.N. vigente);

☐ - primo incarico a tempo determinato - (art. 23, co. 10 A.C.N. vigente),

per i turni di seguito indicati, per i quali richiede il conferimento di incarico, secondo l'ordine di preferenza così specificato:

1) A.U.S.L. Latina, presidio: …… orario: ……..……..
……
…….. totale ore sett.li: …..……..

2) A.U.S.L. Latina, presidio: …… orario: ……..……..
……
…….. totale ore sett.li: …..……..

3) A.U.S.L. Latina, presidio: …… orario: ……..……..
……
…….. totale ore sett.li: …..……..

N.B. L'INDICAZIONE DI ALTRI TURNI PUBBLICATI ALL'ALBO PUO' ESSERE RIPORTATA SU FOGLIO BIANCO DA ALLEGARE ALLA PRESENTE DOMANDA, DATATO E SOTTOSCRITTO, PROSEGUENDO L'ORDINE DI PREFERENZA. NON VANNO UTILIZZATI NE' SPEDITI SEPARATAMENTE ALTRI MODULI SIMILI.

Il sottoscritto indica di seguito gli incarichi di attività in atto svolti presso Aziende Sanitarie del territorio regionale oppure presso Aziende Sanitarie di altra regione (NON INDICARE INCARICHI TEMPORANEI [TRIMESTRALI] DI SOSTITUZIONE):

provincia	A.U.S.L.	presidio	ore sett.li	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato

A tal fine dichiara (barrare con una "x" la voce che interessa):

☐ di non essere titolare o incaricato in altro rapporto con strutture pubbliche o private;

☐ diversamente, specifica di seguito i rapporti che parimenti ha in atto con strutture pubbliche o private (N.B.: NON INDICARE INCARICHI TEMPORANEI [TRIMESTRALI] DI SOSTITUZIONE):

……..……
……..……
……..……

☐ non titolare di pensione alcuna;

☐ titolare di pensione a carico di: ..... dal: .....

Indirizzo + recapiti telefonici (OBBLIGATORI):.....

……..……..

……...

.....

EVENTUALI ANNOTAZIONI DEL SANITARIO O DI ALTRA PROFESSIONALITÀ (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI) IN MERITO ALLA PRESENTE DOMANDA: …….....

.....

.....

.....

A V V E R T E N Z E

- IN CASO DI SOVRAPPOSIZIONE DI ORARIO E/O DI TRASFERIMENTO PARZIALE DEL TURNO IN ESSERE, ALLEGARE ALLA PRESENTE DOMANDA LA RICHIESTA DI VARIAZIONE O DI RIDUZIONE PARZIALE DELL'ORARIO DEL TURNO SVOLTO, PER USO PRELAZIONE, PROTOCOLLATA DALLA A.U.S.L. O ENTE DI APPARTENENZA, COMPLETA DEL RELATIVO BENESTARE. IL NULLA-OSTA DEFINITIVO SARA' INVIATO DALL'A.U.S.L. O ENTE INTERESSATO.

Il/la sottoscritto/a dott./ssa ..... consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci, afferma che quanto sopra corrisponde al vero.

(data)	(firma per esteso)