**All'Azienda
Sanitaria Locale di
Matera**
Sede del Comitato Zonale Medici
Specialisti Ambulatoriali interni ed
Odontoiatri, Medici Veterinari, e altre
Professionalità Sanitarie Ambulatoriali
Specialistica ambulatoriale
Via Montescaglioso s.n.c.
75100 MATERA

A mezzo PEC: : asmbasilicata@cert.ruparbasilicata.it

OGGETTO: disponibilità incarico a tempo indeterminato pubblicato il _____ - 1° Trimestre 2023

Branca di _____ sede _____ ore settimanali _____

Il/La sottoscritt _____, nat_ a _____ il _____,

PEC _____ email _____ Cellulare: _____

Medico Specialista **Odontoiatra** **Psicologo**

Laureat_ in _____ presso _____ in data _____

voto _____/110 o _____/100 con Lode No Sì

Specializzat_ in _____ presso _____ in data _____,

voto _____ con Lode No Sì

Specializzat_ in _____ presso _____ in data _____,

voto _____ con Lode No Sì

Specializzat_ in _____ presso _____ in data _____,

voto _____ con Lode No Sì

Iscritt_ all'Albo professionale dei _____ in data _____ abilitat_ all'esercizio

della professione di _____

CHIEDE

che gli/le venga assegnato l'incarico in oggetto, in quanto trovasi nelle condizioni di cui all'art. 21, comma 2, dell'A.C.N.2020 e ss.mm.ii. (vedi legenda e barrare)

- lettera a)**
- lettera b)**
- lettera c)**
- lettera d)**
- lettera e)** (solo per i medici specialisti e Odontoiatri)

- lettera f)** (solo per i medici specialisti e Odontoiatri)
- lettera g)**
- lettera h)**
- lettera i)**
- lettera j)**

secondo il seguente ordine indicativo di scelta, non vincolante:

SEDE STRUTTURA	N° ORE (totali)	BRANCA
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**A tal fine dichiara che
(compilare SOLO il riquadro relativo alla propria condizione sopra indicata)**

Attualmente è titolare a tempo indeterminato ai sensi dell'art.21, comma 2, lett. a, b, c,d,e,f,g, e di aver maturato/ maturare alla data di scadenza del presente avviso, un'anzianità di servizio pari ad almeno 18 mesi:

n° _____ ore d'incarico ambulatoriale nell'ambito zonale del Comitato Consultivo di _____				
A.S.L./Altro	SEDE STRUTTURA	N° ORE	DAL	BRANCA
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

- relativamente all'art. 21, comma 2, lettera h): dichiara (barrare)

- di essere iscritto nella Graduatoria dell'ambito zonale del **Comitato Consultivo di Matera** di cui **all'art. 19** dell'A.C.N. 2020 e ss.mm.ii. nella branca di _____ del corrente anno;

- relativamente all'art. 21, comma 2, lettera i): dichiara di essere in possesso dei requisiti di cui all'art. 19 ACN 2020 e ss.mm.ii.: (barrare)

- cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti;
- iscrizione all'Albo professionale;
- diploma di laurea in medicina e chirurgia, odontoiatria e protesi dentaria, medicina veterinaria, psicologia, scienze biologiche, chimica, ovvero la laurea specialistica della classe corrispondente;
- diploma di specializzazione in una delle branche specialistiche o della categoria professionale interessata, previste nell'allegato 2 del precitato ACN.

- relativamente all'art. 21, comma 2, lettera J) (solo per i medici specialisti): dichiaro di essere

- medico di medicina generale, _____ (indicare equivalente ore di servizio)
- medico pediatra di libera scelta, _____ (indicare equivalente ore di servizio)
- medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso _____ tempo pieno part-time _____ (indicare ore)
- con anzianità di servizio riconosciuta dal _____ (delibera n. _____ del _____).
- Dichiaro espressamente la disponibilità a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro

Dichiara, altresì, di aver diritto all'attribuzione di punteggio per aver prestato i servizi di seguito indicati nella stessa branca specialistica o area professionale (indicare solo i servizi prestati dal 02.10.2000 al 28.02.2023 presso altre Aziende Sanitarie o Istituzioni pubbliche che applicano le norme del richiamato ACN: INPS, INAIL, Ministero della Difesa..., le ore devono essere calcolate complessivamente, previa la non valutazione del servizio prestato).

A.S.L. /Altro	SEDE STRUTTURA	N° ORE (TOT)	BRANCA
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Dichiarazione resa si sensi dell'art. 46 e 47 del DPR 445/2000: Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, afferma che quanto sopra corrisponde al vero.

Allega fotocopia del documento d'identità.

DATA

FIRMA

LEGENDA

ACN PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON GLI SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI, VETERINARI EDF ALTRE PROFESSIONALITA? SANITARIE (BIOLOGI, CHIMICI, PSICOLOGI) AMBULATORIALI) 2020 e ss.mm.ii.

Incarico ai sensi l'art. 21, comma 2, lettera:

- a) Titolare di incarico a tempo indeterminato che svolga, in via esclusiva, nell'ambito zonale in cui è pubblicato l'incarico, attività ambulatoriale nella specialità o area professionale regolamentata dal presente Accordo; titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN ubicate nel medesimo ambito zonale; medico generico ambulatoriale, di cui alla norma finale n. 5 del presente Accordo, in servizio alla data di entrata in vigore del presente Accordo, che faccia richiesta all'Azienda di ottenere un incarico medico specialistico nella branca di cui è titolare; è consentito a tale medico di mantenere l'eventuale differenza di orario tra i due incarichi fino a quando l'incarico da specialista ambulatoriale non copra per intero l'orario di attività che il medico stesso svolgeva come generico di ambulatorio;
- b) Titolare di incarico a tempo indeterminato, che svolga esclusivamente attività regolamentata dal presente Accordo in diverso ambito zonale della Regione o di altra Regione confinante; titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN della Regione o di altra Regione confinante. Relativamente all'attività svolta come incremento orario ai sensi della presente lettera b) non compete il rimborso delle spese di viaggio di cui all'art. 51;
- c) Titolare di incarico a tempo indeterminato in ambito zonale di Regione non confinante o titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN di Regione non confinante, che faccia richiesta di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità (solo per i medici specialisti e odontoiatri);
- d) Specialista titolare di incarichi in branche diverse e che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dal presente Accordo, il quale richiede di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore di incarico;
- e) Specialista ambulatoriale titolare di incarico a tempo indeterminato che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dal presente Accordo e chiede il passaggio in altra branca della quale è in possesso del titolo di specializzazione (solo per i medici specialisti);
- f) Titolare di incarico a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale che svolga altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto all'art. 28, comma 1;
- g) Titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa (limitatamente a coloro a cui si applica il presente Accordo);
- h) Specialisti, veterinari e professionisti iscritti nelle graduatorie di cui all'art. 19 dell'ACN 2020 e ss.mm.ii. in vigore nel periodo di pubblicazione degli incarichi. L'accettazione dell'incarico a tempo indeterminato comporta la cancellazione dalla graduatoria valida per l'anno in corso;
- i) Specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui all'art. 19;
- j) Medico di medicina generale, medico specialista pediatra di libera scelta, medico dipendente del Servizio Sanitario Nazionale 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 e matureranno anzianità giuridica a far data dall'incarico.