

A_MODULO DOMANDA

**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 _____ - 2° Trimestre 2023

Branca di _____ sede _____ ore settimanali _____

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

Residente _____ Via _____ CF _____

PEC _____ email _____ Cellulare: _____

$\frac{1}{2\pi}$ **Medico Specialista** $\frac{1}{2\pi}$ **Odontoiatra** $\frac{1}{2\pi}$ **Psicologo**

Laureat_ in _____ presso _____ in data _____
voto _____/110 o _____/100 con Lode No Si

Specializzat_ in _____ presso _____ in data _____,
voto _____ con Lode No Si

Specializzat_ in _____ presso _____ in data _____,
voto _____ con Lode No Si

Specializzat_ in _____ presso _____ in data _____,
voto _____ con Lode No Si

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): dichiara 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 _____ $\frac{1}{2}$ tempo pieno $\frac{1}{2}$ 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 31.05.2023 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

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del D.Lgs 196/2003 e s.m.i. e del GDPR (Regolamento UE 679/2016) in relazione ai dati personali oggetto di trattamento:

- 1) Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti nella domanda "Comunicazione di disponibilità", è diretto esclusivamente alla gestione della procedura relativa alla individuazione dell'avente diritto alle ore pubblicate trimestralmente dalla Matera;
- 2) Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, in caso di rifiuto, la domanda non potrà essere accolta;
- 3) I dati personali, limitatamente all'esito della pubblicazione, saranno pubblicati sul sito della Azienda Sanitaria Locale di Matera.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____
_____ dichiara di aver preso visione dell'informativa di cui sopra ed

AUTORIZZA

con la sottoscrizione del presente modulo, il trattamento dei dati personali forniti a seguito della presentazione della comunicazione di disponibilità ai fini dell'individuazione dell'avente diritto agli incarichi trimestrali della specialistica ambulatoriale.

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 in possesso del titolo di specializzazione, per un numero di ore non superiore a quello dell'incarico 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.