



ASL PESCARA
DIREZIONE AMMINISTRATIVA DEL TERRITORIO
VIA RENATO PAOLINI 47
65124 PESCARA

email: comzonspecialistica.aslpe.pec.it

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI TURNI DISPONIBILI

Dichiarazione ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445

da presentare unitamente ad una copia di un documento di identità (OBBLIGATORIO)

Il sottoscritto Dr/ssa.

nato/a a

Il _____ residente in _____

Via _____ n. _____

recapiti telefonici _____

P.E.C. _____

indirizzo P.E.C. intestato al candidato obbligatorio ai sensi della Legge n. 2 del 28/01/2009

codice fiscale _____

specializzato in _____

data di specializzazione _____

CHIEDE

di partecipare ai sensi dell'art. _____ dell' ACN del vigente

all'assegnazione dei turni vacanti di Specialistica Ambulatoriale pubblicati nel mese di e in modo specifico, per le seguenti ore e con il seguente ordine di priorità:

- Incarico indivisibile di n. _____ ore settimanali nella branca di

presso _____

- Incarico indivisibile di n. _____ ore settimanali nella branca di



ASL PESCARA
DIREZIONE AMMINISTRATIVA DEL TERRITORIO
VIA RENATO PAOLINI 47
65124 PESCARA

presso _____

• Incarico indivisibile di n. _____ ore settimanali nella branca di

presso _____

• Incarico indivisibile di n. _____ ore settimanali nella branca di

presso _____

• Incarico indivisibile di n. _____ ore settimanali nella branca di

presso _____

A tal fine consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o di produzione di atti falsi o contraffatti è perseguibile personalmente, come prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000 e che, inoltre, qualora da controlli effettuati emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese o dei documenti prodotti, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000),

DICHIARA (barrare la voce che non interessa)

• **ESSERE / NON ESSERE**

Titolare di rapporto convenzionale annuale con il SSN a tempo indeterminato

Branca _____

Ente _____

Dal _____ Ore _____;

• **ESSERE / NON ESSERE**

Titolare di incarico a tempo indeterminato in diverso ambito zonale della Regione o di altre Regione confinante o presso sedi INAIL o SASN della Regione o di altre Regione confinante)

Branca _____

Ente _____

Dal _____ Ore _____;



ASL PESCARA
DIREZIONE AMMINISTRATIVA DEL TERRITORIO
VIA RENATO PAOLINI 47
65124 PESCARA

• **ESSERE / NON ESSERE**

Titolare di incarico a tempo indeterminato in ambito zonale di Regione non confinante o presso sedi INAIL o SASN ubicate in altra Regione non confinante, che faccia richiesta di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità)

Branca _____

Ente _____

Dal _____ Ore _____;

• **ESSERE / NON ESSERE**

Titolare di incarichi in branche diverse e che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dall'ACN vigente e richiede di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore di incarico;

Branca _____

Ente _____

Dal _____ Ore _____;

• **ESSERE / NON ESSERE**

Titolare di incarichi in branche diverse e che esercita esclusivamente attività ambulatoriale regolamentata dall'ACN vigente e richiede di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore di incarico;

Branca _____

Ente _____

Dal _____ Ore _____;

• **ESSERE/ NON ESSERE**

Titolare di incarico a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale che svolga altra attività compatibile nel rispetto di quanto previsto dall'art. 26 comma 1 dell'ACN;

• **ESSERE/ NON ESSERE**

Titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa

• **ESSERE/ NON ESSERE**

Specialisti, veterinari e professionisti iscritti nelle graduatorie di cui all'art. 17 dell'ACN vigente in vigore il primo giorno utile per la presentazione della domanda, con esclusione dei già titolari di incarico a tempo indeterminato –
inserito nella graduatoria vigente definitiva valevole per l'anno

nella branca di _____ - posizione n° _____

• **ESSERE/ NON ESSERE**

Medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, medico di medicina dei servizi, medico della continuità assistenziale, medico dipendente di struttura pubblica che esprima la propria disponibilità a convertire



ASL PESCARA
DIREZIONE AMMINISTRATIVA DEL TERRITORIO
VIA RENATO PAOLINI 47
65124 PESCARA

completamente il proprio rapporto di lavoro. Detti sanitari devono essere in possesso del titolo di specializzazione della branca in cui partecipano

(specificare Azienda, tipo di rapporto e decorrenza) _____

SVOLGERE/NON SVOLGERE ulteriori incarichi professionali o comunque denominati presso Enti diversi dal S.S.N. qualunque sia la tipologia del rapporto anche se denominato di tipo libero/professionale

EVENTUALI ALTRE NOTE/COMUNICAZIONI :

li _____

In fede

firma leggibile

Allegati: Fotocopia del documento d'identità in corso di validità.

Per i turni con capacità professionali: allegare il curriculum vitae e la scheda riassuntiva delle capacità professionali sotto forma di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà. La stessa deve contenere riferimenti precisi e verificabili rispetto alle condizioni oggettive quali : attività specifiche svolte; sedi di effettuazione; riferimenti di Responsabili di servizio; descrizione del contesto di svolgimento; la durata ed eventuale casistica clinica di pertinenza professionale. **LA MANCATA PRESENTAZIONE DEL CURRICULUM E DELLA SCHEDA RIASSUNTIVA DELLE COMPETENZE COMPORTERA' L'ESCLUSIONE DALLA PARTECIPAZIONE AI TURNI CON CAPACITA' PROFESSIONALI.**