

**DOMANDA DI DISPONIBILITA' TURNI VACANTI SPECIALISTICA AMBULATORIALE**  
**A TEMPO INDETERMINATO**

(Da inviare durante il periodo di pubblicazione degli incarichi tramite uno dei due mezzi di seguito)

**RACCOMANDATA A.R.**

ASL VITERBO

UOC Politiche e Gestione delle Risorse Umane

Settore medicina Convenzionata

Via Enrico Fermi, 15

01100 Viterbo (VT)

**PEC:** prot.gen.asl.vt.it@legalmail.it

**Il sottoscritto**

MEDICO SPECIALISTA/ODONTOIATRA     VETERINARIO     BIOLOGO     PSICOLOGO     CHIMICO

Dott. \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

(prov. di \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ Codice fiscale: \_\_\_\_\_

N° Codice ENPAM (o di altro Ente Prev.le: indicare quale \_\_\_\_\_): \_\_\_\_\_

laureato/a in: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_, iscritto/a all'Albo/Ordine

dei/degli (indicare quale): \_\_\_\_\_ di: \_\_\_\_\_ dal: \_\_\_\_\_

in possesso di specializzazione nella branca specialistica/scuola universitaria di specializzazione in:

\_\_\_\_\_

conseguita presso l'Università di: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_

indirizzo residenza \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

PEC: \_\_\_\_\_

(obbligatoria per l'invio di qualsiasi comunicazione inerente ai turni vacanti in pubblicazione):

**presenta domanda di:**

**Conferimento incarico ai sensi dell'art. 21 dell'ACN del 31.03.2020 e s.m.i. – testo integrato con l'ACN del 20.05.2021, per:**

medici, odontoiatri e veterinari per la branca di: \_\_\_\_\_

biologi, psicologi o psicoterapeuti, chimici per la branca di: \_\_\_\_\_

**Ed in particolare comunica di essere nella seguente posizione:** (barrare con una X l'opzione interessata nel rispetto della propria posizione come previsto dall'art. 21 ACN del 31.03.2020 e s.m.i. – testo integrato con l'ACN del 20.05.2021, riportato per informativa a pagina 5 del presente modulo)

titolare a tempo indeterminato di specialistica ambulatoriale nello stesso ambito zonale (compresi INAIL e SASN)- art. 21 comma 2 lett. a;

titolare a tempo indeterminato di specialistica ambulatoriale in diverso ambito zonale della stessa Regione o di altra Regione confinante (compresi INAIL e SASN) - art. 21 comma 2 lett. b;

titolare a tempo indeterminato di specialistica ambulatoriale in ambito zonale di Regione non confinante (compresi INAIL e SASN), da almeno 18 mesi nell'incarico in atto, art. 21 comma 5, che faccia richiesta di essere trasferito nel territorio presso cui si è determinata la disponibilità) - art. 21 comma 2 lett. c;

- riunificazione ore in unica branca (solo per titolari in più branche) - art. 21 comma 2 lett. d;
- passaggio in altra branca della quale è in possesso di specializzazione - art. 21 comma 2 lett. e;
- titolare a tempo indeterminato di altra attività compatibile nello stesso ambito zonale e nel rispetto del massimale orario - art. 21 comma 2 lett.f;
- titolare a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa - art. 21 comma 2 lett. g;
- specialista, veterinario o professionista iscritto/a nelle graduatorie provinciali di Viterbo di cui all'art.19 in vigore nel periodo di pubblicazione degli incarichi - art. 21 comma 2 lett. h;
- specialista, veterinario o professionista in possesso dei requisiti di cui all'art.19 - art. 21 comma 2 lett. i;
- trasformazione rapporto di lavoro (MMG, PLS e Dipendenti SSN) - art. 21 comma 2 lett.j;

**Per il conferimento dei turni di seguito indicati:**

1)DISTRETTO \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ sede: \_\_\_\_\_  
 accessi (giorni ed orari specificati in fase di pubblicazione): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ totale ore sett.li: \_\_\_\_\_

2)DISTRETTO \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ sede: \_\_\_\_\_  
 accessi (giorni ed orari specificati in fase di pubblicazione): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ totale ore sett.li: \_\_\_\_\_

3)DISTRETTO \_\_\_\_\_ branca \_\_\_\_\_ sede: \_\_\_\_\_  
 accessi (giorni ed orari specificati in fase di pubblicazione): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ totale ore sett.li: \_\_\_\_\_

**ATTENZIONE**

**Qualora lo spazio di cui sopra risultasse insufficiente l'interessato potrà riportare le scelte successive nel rispetto dell'ordine consequenziale di preferenza, su un foglio debitamente firmato e datato, allegato alla presente - NON SPEDIRE SEPARATAMENTE ALTRI MODULI DI DOMANDA.**

**A tal fine il/la sottoscritto/a dichiara:** (Barrare con una X la parte in interesse):

– di essere titolare di incarico ambulatoriale a tempo indeterminato, dal: \_\_\_\_\_  
 presso la A.S.L./ENTE di \_\_\_\_\_ e dall'incarico in atto dal: \_\_\_\_\_  
(valido per l'anzianità necessaria di 18 mesi in caso di trasferimento)  
 per cui indica di seguito le modalità dell'incarico in atto svolto ai sensi della prelazione prevista dall'art. 21 dell'ACN vigente:

Provincia	A.S.L./ENTI	Presidio	N° ore sett.li	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato

– di essere titolare di altro incarico a tempo indeterminato previsto dai criteri di prelazione di cui all'art. 21 (specificare la data di decorrenza incarico: \_\_\_\_\_)

per cui indica di seguito le modalità dell'incarico in atto svolto ai sensi della prelazione prevista dall'art. 21 dell'ACN vigente:

Provincia	A.S.L./ENTI	Presidio	N° ore sett.li	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato

– di essere già incarico di specialistica ambulatoriale all'interno del SSN ed enti previsti dall'ACN presso la ASL/ENTE di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ e di svolgere già l'attività specifica per la quale è richiesto il possesso di particolari capacità professionali come da pubblicazioni del mese di \_\_\_\_\_ corrente anno ( da compilare solo in caso di turni per cui è richiesta la valutazione da parte di una commissione tecnica aziendale ai sensi dell'art. 20 comma 5 dell'ACN vigente)

per cui indica di seguito le modalità dell'incarico in atto svolto ai sensi della prelazione prevista dall'art. 21 dell'ACN vigente:

Provincia	A.S.L./ENTI	Presidio	N° ore sett.li	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato

**Dati OBBLIGATORI dell'Ente di cui sopra:**

ASL/Ente \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

– di aver svolto almeno tre anni di attività convenzionale ai sensi del ACN vigente per la specialistica ambulatoriale nella branca di Odontoiatria ( da compilare solo per i laureati in medicina e chirurgia o in odontoiatria e protesi dentaria, iscritti all'albo degli odontoiatri, ai sensi della norma finale n. 7 dell'ACN vigente)

per cui indica di seguito le Aziende, il totale dei periodi e delle ore svolte ai sensi della prelazione prevista dall'art. 21 dell'ACN vigente:

ASL \_\_\_\_\_ incarico dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ giorni tot. In caso di sostituzioni \_\_\_\_\_

ASL \_\_\_\_\_ incarico dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ giorni tot. In caso di sostituzioni \_\_\_\_\_

ASL \_\_\_\_\_ incarico dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ giorni tot. In caso di sostituzioni \_\_\_\_\_

ASL/Ente \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

ASL/Ente \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

ASL/Ente \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

– di non essere titolare o incaricato di altro rapporto di lavoro, a qualsiasi titolo, con strutture pubbliche o strutture private accreditate;

EVENTUALI ULTERIORI SPECIFICAZIONI IN MERITO ALLA PRESENTE DOMANDA: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**AVVERTENZE**

- TUTTI COLORO CHE SI TROVANO IN SOVRAPPOSIZIONE DI ORARIO CON I TURNI VACANTI PUBBLICATI, DEVONO ALLEGARE ALLA PRESENTE DOMANDA LA RICHIESTA DI VARIAZIONE O DI RIDUZIONE PARZIALE DELL'ORARIO DI SERVIZIO DEL TURNO SVOLTO, PER USO PRELAZIONE, PROTOCOLLATA DALLA A.S.L. O DALL'ENTE DI APPARTENENZA, COMPLETA DEL RELATIVO BENESTARE. IL NULLA-OSTA DEFINITIVO SARA' INVIATO DALLA AMMINISTRAZIONE INTERESSATA A FIRMA DEL DIRETTORE GENERALE O DI DIRIGENTE AVENTE DELEGA.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DOTT./SSA \_\_\_\_\_ CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, AFFERMA CHE QUANTO SOPRA AFFERMATO CORRISPONDE AL VERO.

DATA: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA CRITERI DI PRELAZIONE PER GLI INCARICHI PUBBLICATI A TEMPO INDETERMINATO (da non allegare alla domanda precedente)**

**ART.21 ACN 31.03.2020 – testo integrato con l'ACN del 20.05.2021 – ASSEGNAZIONE DI INCARICHI A TEMPO INDETERMINATO**

1. Gli specialisti, i veterinari ed i professionisti aspiranti all'incarico devono comunicare, con lettera raccomandata A/R o posta elettronica certificata, durante il periodo di pubblicazione degli incarichi di cui all'articolo 20, comma 3, la propria disponibilità all'Azienda sede del Comitato zonale di riferimento, la quale individua, entro i 20 giorni successivi alla scadenza del termine, l'avente diritto secondo l'ordine di priorità di cui al comma successivo.

2. Lo specialista ambulatoriale, il veterinario o il professionista può espletare attività ambulatoriale ai sensi del presente Accordo in una sola branca specialistica o area professionale con rapporto di lavoro convenzionato unico a tutti gli effetti, instaurato con una o più Aziende della stessa Regione o di Aziende di altra Regione. Le ore di attività sono ricoperte attraverso conferimento di nuovo incarico o aumenti di orario nella stessa branca o area professionale, o attraverso riconversione in branche diverse. Per l'assegnazione degli incarichi a tempo indeterminato l'avente diritto è individuato attraverso il seguente ordine di priorità:

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'articolo 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;

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;

f) titolare di incarico a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale che svolga altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto all'articolo 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'articolo 19 del presente Accordo 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'articolo 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 di specialista ambulatoriale.

3. Ai fini delle procedure di cui al comma 2, per ogni singola lettera dalla a) alla j), con esclusione delle lettere h) e i), l'anzianità riconosciuta ai fini della prelazione costituisce titolo di precedenza; in caso di pari posizione è data precedenza all'anzianità di specializzazione e, successivamente, all'anzianità di laurea ed in subordine alla minore età anagrafica. Gli aspiranti di cui alla lettera i) sono graduati nell'ordine della minore età anagrafica, dell'anzianità di specializzazione e dell'anzianità di laurea.

----- OMISSIS -----

5. In ogni caso, allo specialista ambulatoriale, al veterinario o al professionista, disponibile ad assumere l'incarico di cui al presente articolo è consentito il trasferimento qualora abbia maturato un'anzianità, nell'incarico in atto, di almeno 18 mesi alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione della dichiarazione di disponibilità.