

RACCOMANDATA A.R.

Il sottoscritto

- MEDICO SPECIALISTA       - MEDICO 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 univ. di spec.ne in: .....  
..... conseguita presso l'Università  
di:.....il: .....,

**presenta domanda di:**

**Conferimento incarico ai sensi degli artt. 22 e 23 dell'A.C.N. del 29.07.2009 e successive integrazioni e modificazioni, per la:**

- Branca medica di:** .....  
 **Altra attività prof.le sanitaria di:** .....

**Ed in particolare fa domanda di:** (barrare con una X l'opzione interessata nel rispetto della propria posizione come previsto dall'art. 23 A.C.N. del 29.07.2009 e successive integrazioni e modificazioni, riportato per informativa a pagina 4 del presente modulo)

- aumento orario (tempo indeterminato – art. 23, co. 1, lett. A) o lett. B) A.C.N.;**  
 **trasferimento nello stesso ambito zonale - tempo indeterminato – art. 23, co. 1, lett. A) A.C.N.;**  
 **trasferimento da diverso ambito zonale - tempo indeterminato - art. 23, co. 1, lett. D) A.C.N.;**  
 **passaggio in altra branca della quale è in possesso di spec.ne- art. 23 co. 1 lett. E) A.C.N.;**  
 **primo incarico tempo indeterminato (art. 23, co. 1, lett. G) A.C.N.;**  
 **aumento orario o trasferimento (tempo determinato - art. 23, co. 1, lett. H) A.C.N.;**  
 **primo incarico tempo indeterminato – art. 23, co. 1, lett. L) A.C.N.;**  
 **primo incarico tempo determinato (posizione graduatoria vigente dal 1 giorno del mese successivo a quello di pubblicazione circ. reg. prot. 122510 del 16.10.09)– art. 23, co. 10 A.C.N.;**

**Il sottoscritto dichiara inoltre di essere titolare di pensione a carico di Ente diverso dall'Enpam, indicare quale: ..... dal: .....**

**Per il conferimento dei turni di seguito indicati secondo l'ordine di preferenza sottospecificato:**

1) A.U.S.L. VT/ ..... branca.....presidio: .....  
orario:.....  
..... totale ore sett.li: .....

2) A.U.S.L. VT/ ..... branca.....presidio: .....  
orario:.....  
..... totale ore sett.li: .....

3) A.U.S.L. VT/ ..... branca.....presidio: .....  
orario:.....  
..... totale ore sett.li: .....

4) A.U.S.L. VT/ ..... branca.....presidio: .....  
orario:.....  
..... 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: .....

– di essere titolare di incarico ambulatoriale a tempo determinato, dal: .....

per cui indica di seguito gli incarichi di attività **in atto** svolti ai sensi dell'art. 23 dell'A.C.N. 23.3.2005 e successive integrazioni e modificazioni nuovo A.C.N. 29.7.09, presso Aziende Sanitarie/Enti:  
**(n.b. non riportare incarichi temporanei di sostituzione)**

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

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

– diversamente, specifica di seguito i rapporti convenzionali o di dipendenza a tempo determinato o indeterminato, che parimenti ha in atto con strutture pubbliche o private **(ALLEGARE CERTIFICATO DI SERVIZIO DELL'AMMINISTRAZIONE DI APPARTENENZA):**

.....  
.....

**Indirizzo, recapiti telefonici (compreso il cellulare), C.A.P. ( obbligatorio):**.....  
.....  
.....

**N O T A:** in riferimento a specifico attestato – (qualora richiesto dalla pubblicazione è obbligatorio allegarlo alla presente domanda) – il/la sottoscritto/a dichiara di allegare quanto segue: .....

**EVENTUALI ULTERIORI SPECIFICAZIONI IN MERITO ALLA PRESENTE DOMANDA:**.....  
.....  
.....

**AVVERTENZE**

- GLI INTERESSATI GIA' TITOLARI DI INCARICO AMBULATORIALE IN DIVERSO AMBITO ZONALE CHE INTENDANO RICHIEDERE UN AUMENTO D'ORARIO O IL TRASFERIMENTO NELL'AMBITO ZONALE DI ROMA, DEVONO ALLEGARE ALLA PRESENTE DOMANDA UN CERTIFICATO STORICO DI SERVIZIO, IN CARTA SEMPLICE, RILASCIATO DAL COMPETENTE COMITATO ZONALE.
- I TITOLARI DI INCARICO A TEMPO INDETERMINATO PRESSO I MINISTERI DELLA DIFESA, MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA, SASN E INAIL DOVRANNO ALLEGARE CERTIFICATO STORICO DI SERVIZIO, IN CARTA SEMPLICE, COMPLETO DEGLI ORARI DI SERVIZIO NONCHE' IL NUMERO DELLE ORE SETTIMANALI TOTALI DI INCARICO).
- TUTTI COLORO CHE TROVASI 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.U.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(PER ESTESO): .....

**ART.23 A.C.N. 23.3.05 E SUCCESSIVE INTEGRAZIONI E MODIFICAZIONI A.C.N. 29.7.09 – MODALITA' PER L'ATTRIBUZIONE DI TURNI DISPONIBILI A TEMPO INDETERMINATO E A TEMPO DETERMINATO**

“1. Premesso che lo specialista ambulatoriale o il professionista può espletare attività ambulatoriale ai sensi del presente Accordo, in una **sola** branca medica specialistica o area professionale e all'interno di uno o più ambiti zionali della stessa regione o ambiti zionali di altra regione confinante, e che 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'attribuzione dei turni comunque disponibili, di cui all'art. 22 comma 1, l'avente diritto è individuato attraverso il **sequente ordine di priorità**:

**a) titolare di incarico a tempo indeterminato** che, nella specialità o area professionale esercitata, svolga nell'ambito zonale in cui è pubblicato il turno, **esclusivamente** attività ambulatoriale **regolamentata dal presente Accordo; titolare di incarico a tempo indeterminato presso l'INAIL e il SASN; 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 al Comitato zonale 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 (**cioè: Medico di Medicina Generale ex-Enti** (n.d.r.));

**b) titolare di incarico a tempo indeterminato che svolga, in via esclusiva, attività ambulatoriale** regolamentata dal presente Accordo, **in diverso ambito zonale della stessa regione o in ambito zonale di altra regione confinante**. Relativamente all'attività svolta come aumento di orario ai sensi della presente lett. b) allo specialista ambulatoriale e al professionista **non** compete il rimborso delle spese di viaggio di cui all'art. 46;

**c) 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;**

**d) titolare di incarico a tempo indeterminato in altro ambito zonale, che faccia richiesta al Comitato zonale di essere trasferito nel territorio in cui si è determinata la disponibilità;**

**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 per lo svolgimento di altra attività sia soggetto alle limitazioni di orario di cui all'art. 16;**

**g) titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa, il Ministero di Grazia e Giustizia;**

**h) titolare di incarico a tempo determinato, ai sensi del successivo comma 10, secondo l'ordine di precedenza di cui alle precedenti lettere, che faccia richiesta di incremento di orario o di trasferimento;**

**i) specialista ambulatoriale titolare di pensione a carico di Enti diversi dall'ENPAM;**

**l) medico di medicina generale, medico specialista 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 completamente il proprio rapporto di lavoro. Detti sanitari devono essere in possesso del titolo di specializzazione della branca in cui partecipano.**

2. Ai fini delle procedure di cui al comma 1, per **ogni singola lettera dalla a) alla l)**, **l'anzianità del servizio riconosciuto ai fini della prelazione, costituisce titolo di precedenza;** in caso di **pari anzianità di servizio** è data precedenza **all'anzianità di specializzazione successivamente all'anzianità di laurea ed in subordine all'età anagrafica.**

3. In **ogni** caso, allo specialista ambulatoriale o al professionista, disponibile ad assumere l'incarico ai sensi del comma 1 **non** è consentito il **trasferimento** qualora **non** abbia maturato **un'anzianità di servizio di almeno 18 mesi nell'incarico in atto**, alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione della dichiarazione di disponibilità.

..... OMISSIS .....

10. Qualora sussistano **ancora** turni vacanti, le aziende procedono alla assegnazione dei turni a specialisti ambulatoriali o professionisti non ancora titolari di incarico **presenti nelle graduatorie** di cui all'art. 21 del presente Accordo, che abbiano espresso la propria disponibilità **all'atto della pubblicazione dei turni vacanti, secondo l'ordine di graduatoria (cioè: primo incarico a tempo determinato** (n.d.r.)).

Gli incarichi hanno **durata annuale e sono rinnovati automaticamente** alla scadenza al sanitario interessato, salvo comunicazione motivata all'interessato con lettera A/R, almeno 30 giorni prima della scadenza dell'incarico.

..... OMISSIS .....