

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

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

- | | | |
|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> - MEDICO SPECIALISTA | <input type="checkbox"/> - VETERINARIO | |
| <input type="checkbox"/> - BIOLOGO | <input type="checkbox"/> - PSICOLOGO | <input type="checkbox"/> - 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:,
indirizzo residenza..... città..... cap..... prov...
telefono.....cellulare..... email.....
PEC (obbligatoria):.....
eventuale indirizzo diverso dalla residenza presso il quale si vuole ricevere ogni
comunicazione:.....

presenta domanda di:

Conferimento incarico ai sensi dell' art. 20 dell'A.C.N. del 17.12.2015 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. 20 A.C.N. del 17.12.2015 e successive integrazioni e modificazioni)

- incarico a tempo determinato secondo la graduatoria vigente di cui all'art. 17 dell'ACN vigente - art. 20 comma 2;**
- incarico a tempo determinato fuori graduatoria - art. 20 comma 3;**

Per il conferimento dei turni di seguito indicati secondo l'ordine di preferenza sotto specificato:

1)DISTRETTO/SEDE.....branca.....presidio:.....
orario:.....
totale ore sett.li:

2) DISTRETTO/SEDE.....branca.....presidio:.....
 orario:.....
 totale ore sett.li:

3) DISTRETTO/SEDE.....branca.....presidio:.....
 orario:.....
 totale ore sett.li:

4) DISTRETTO/SEDE.....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 altro incarico a tempo determinato (specificare la data di decorrenza incarico:

per cui indica di seguito le modalità dell'incarico in atto svolto:

Provincia	A.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;

Indirizzo, email, recapiti telefonici dell'Ente (obbligatorio):.....

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(PER ESTESO):