

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI TURNI DISPONIBILI A TEMPO INDETERMINATO

Dichiarazione ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445
da presentare unitamente ad una copia di un documento di identità

Il/La Sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____ nato/a a _____

Il _____ residente in _____

(specificare località, indirizzo) _____

Recapiti telefonici _____

indirizzo PEC (obbligatorio) _____

Specializzato/a in _____

CHIEDE di partecipare all'assegnazione dei turni vacanti **a tempo indeterminato** per la branca specialistica di:

BRANCA SPECIALISTICA NEUROPSICHIATRIA INFANTILE

**TURNO AMBULATORIALE DICIANNOVE ORE SETTIMANALI SEDE DI ASSEGNAZIONE TSMREE
PRESIDIO SANITARIO FIUGGI**

ORARIO ATTIVITA' MERCOLEDI'-VENERDI' ore 8.00-17.30(19H/S) SEDI DI SERVIZIO TSMREE
ALATRI-FIUGGI

BRANCA SPECIALISTICA CARDIOLOGIA

**TURNO AMBULATORIALE QUATTRO ORE SETTIMANALI SEDE DI ASSEGNAZIONE
POLIAMBULATORIO EXTRAOSPEDALIERO ANAGNI**

ORARIO ATTIVITA' LUNEDI' ore 10.00-14.00(4H/S) SEDE DI SERVIZIO ANAGNI

DICHIARA A TAL FINE DI POSSEDERE ESPERIENZA PROFESSIONALE IN DIAGNOSTICA
STRUMENTALE ECOGRAFICA- TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE-LETTURA HOLTER CARDIACI E
PRESSORI

**BRANCA SPECIALISTICA RADIOLOGIA SEDE DI ASSEGNAZIONE PRESIDIO IOSPEDALIERO
SORA**

**TURNO AMBULATORIALE DODICI ORE SETTIMANALI SEDE DI ASSEGNAZIONE PRESIDIO
OSPEDALIERO SORA**

ORARIO ATTIVITA' MERCOLERDI' ore 8.00-20.00(12H/S) SEDE DI SERVIZIO PRESIDIO
OSPEDALIERO SORA

DICHIARA A TAL FINE DI POSSEDERE ESPERIENZA PROFESSIONALE IN RISONANZA MAGNETICA-
TAC CON MEZZO CONTRASTO

**BRANCA SPECIALISTICA RADIOLOGIA SEDE DI ASSEGNAZIONE PRESIDIO SANITARIO
ISOLA DEL LIRI**

**TURNO AMBULATORIALE DODICI ORE SETTIMANALI SEDE DI ASSEGNAZIONE PRESIDIO
SANITARIO ISOLA DEL LIRI**

ORARIO ATTIVITA' GIOVEDI' ore 8.00-20.00(12H/S) SEDE DI SERVIZIO PRESIDIO SANITARIO
ISOLA DEL LIRI

DICHIARA A TAL FINE DI POSSEDERE ESPERIENZA PROFESSIONALE IN DIAGNOSTICA
MAMMOGRAFICA-ECOGRAFICA-RADIOLOGIA CONVENZIONALE-MINERALOMETRIA OSSEA
COMPUTERIZZATA

**BRANCA SPECIALISTICA RADIOLOGIA SEDE DI ASSEGNAZIONE ISTITUTI PENITENZIARI
CASSINO-FROSINONE**

TURNO AMBULATORIALE SETTE ORE SETTIMANALI SEDE DI ASSEGNAZIONE ISTITUTI PENITENZIARI FROSINONE-CASSINO

ORARIO ATTIVITA' MARTEDI" ore 8.30-13.30(5H/S) CASA CIRCONDARIALE FROSINONE/ore 14.30-16.30(2H/S) CASA CIRCONDARIALE CASSINO

DICHIARA A TAL FINE DI POSSEDERE ESPERIENZA PROFESSIONALE IN DIAGNOSTICA ECOGRAFICA-RADIOLOGIA CONVENZIONALE CASA CIRCONDARIALE FROSINONE-DIAGNOSTICA ECOGRAFICA CASA CIRCONDARIALE CASSINO

□ BRANCA SPECIALISTICA PSICOLOGIA

TURNO AMBULATORIALE DI TRENTAQUATTRO ORE SETTIMANALI SEDE DI ASSEGNAZIONE CASA CIRCONDARIALE DI CASSINO

ORARIO ATTIVITA' MARTEDI'-VENERDI' ore 8.00-17.00(18H/S) - MERCOLEDI'- SABATO ore 8.00-16.00(16H/S) SEDE DI SERVIZIO CASA CIRCONDARIALE DI CASSINO

Destinati a Psicologi

DICHIARA DI ESSERE

titolare di rapporto convenzionale con il S.S.N. a tempo indeterminato ai sensi dell'A.C.N. 31.03.2020, art. 21, comma 2 con decorrenza incarico dal _____

- lett. a) (titolare 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 nell'ambito in cui è pubblicato il turno) h. sett.li _____ A.S.L. _____
- lett. b) (titolare 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 nell'ambito della stessa regione o regione confinante) h. sett.li _____ A.S.L. _____
- lett. c) (titolare in ambito zonale di Regione non confinante o 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 nell'ambito di regione non confinante) h. sett.li _____ A.S.L. _____
- lett. e) (titolare che chiede il passaggio in altra branca) h. sett.li _____ A.S.L. _____
- lett. f) (titolare nello stesso ambito zonale che svolga altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto all'art. 28, comma 1) h. sett.li _____ A.S.L. _____
- lett. g) (titolare c/o Ministero della Difesa) h. sett.li _____ A.S.L. _____
- lett. h) (medici specialisti, medici veterinari e professionisti iscritti nelle graduatorie di cui all'art. 19 dell'A.C.N. 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 (posizione in graduatoria n° _____))
- lett. i) (specialisti, veterinari e professionisti in possesso dei requisiti di cui all'art. 19)
- lett. 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. (specificare Azienda, tipo di rapporto e decorrenza) _____

Inoltre dichiara di non aver inoltrato domanda di quiescenza e di non percepire il trattamento pensionistico.

Luogo _____ data _____ firma _____

Ai fini delle procedure di cui sopra, per ogni singola lettera dalla a) alla j), con esclusione della lettera 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, di laurea ed in subordine alla minore età anagrafica.