

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 RADILOGIA SEDE DI ASSEGNAZIONE PRESIDIO OSPEDALIERO
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 RADILOGIA 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 RADILOGIA 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.