

**AVVISO PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA**  
**TURNI AMBULATORIALI VACANTI (di nuova istituzione)**

(Art. 20 Accordo Collettivo Nazionale 31 Marzo 2020 e s.m.i.—testo integrato con l'ACN 20 Maggio 2021)  
(a partire dal 06/02/2024 al 21/02/2024)

1. BRANCA SPECIALISTICA **MEDICINA LEGALE** - CENTOCINQUANTADUE ORE SETTIMANALI (152H/S) -  
STRUTTURE DI ASSEGNAZIONE: UOS MEDICINA LEGALE A/B - UOS MEDICINA LEGALE C/D
- 38 h/s + 38 h/s UOS MEDICINA LEGALE "A" - "B"
  - 38 h/s + 38 h/s UOS MEDICINA LEGALE "C" - "D"

- ORARIO ATTIVITA' DA CONCORDARE

**ORE DISPONIBILI CON DECORRENZA IMMEDIATA**

2. BRANCA SPECIALISTICA **IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA** - DUECENTOVENTOTTO ORE  
SETTIMANALI (228H/S) -  
STRUTTURE DI ASSEGNAZIONE: UOS ADI A/B - UOS ADI C/D  
DIREZIONE DISTRETTI "A" - "B" - "C" - "D"

- 38 h/s + 38 h/s UOS ADI "A" - "B"
- 38 h/s + 38 h/s UOS ADI "C" - "D"
- 38 h/s DIREZIONE DISTRETTI "A" e "B"
- 38 h/s DIREZIONE DISTRETTI "C" e "D"

- ORARIO ATTIVITA' DA CONCORDARE

**ORE DISPONIBILI CON DECORRENZA IMMEDIATA**

∞ \_\_\_\_\_ ∞ \_\_\_\_\_ ∞ \_\_\_\_\_ ∞ \_\_\_\_\_

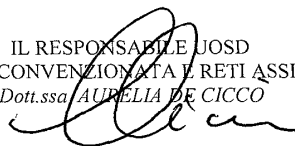
LE DOMANDE DI DISPONIBILITA' DOVRANNO ESSERE REDATTE SU APPOSITA MODULISTICA  
PREDISPOSTA SOTTO FORMA DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO E DOVRANNO ESSERE  
PRESENTATE ALL'INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA [protocollo@pec.aslfrsionone.it](mailto:protocollo@pec.aslfrsionone.it) **ENTRO IL  
TERMINE DI SCADENZA DEL 21/02/2024.**

ALLA DOMANDA DI DISPONIBILITA' DOVRA' ESSERE ALLEGATA COPIA DI UN DOCUMENTO DI  
RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA', UNITAMENTE ALL'AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA  
PREDISPOSTA (ALLEGATO B).

*Nel rispetto di quanto condiviso nel Comitato zonale di Specialistica ambulatoriale del 02/02/2024, la presente pubblicazione  
straordinaria, che anticipa la pubblicazione di Marzo 2024, si rende necessaria per garantire la continuità delle prestazioni  
nei Servizi ADI e Medicina Legale.*

FROSINONE, 05/02/2024

IL RESPONSABILE UOSD  
MEDICINA CONVENZIONATA E RETI ASSISTENZIALI  
Dott.ssa **AURELIA DE CICCO**



ALLEGATO N.º01

AZIENDA ASL FROSINONE  
SEDE COMITATO ZONALE  
[protocollo@pec.aslfrosinone.it](mailto:protocollo@pec.aslfrosinone.it)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI TURNI DISPONIBILI A TEMPO INDETERMINATO**  
(ART. 20 Accordo Collettivo Nazionale 31 Marzo 2020 e s.m.i.—testo integrato con l'ACN 20 Maggio2021)  
**AVVISO PUBBLICAZIONE STRAORDINARIA TURNI AMBULATORIALI VACANTI** (di nuova istituzione)  
Dichiarazione ai sensi del D.P.R. n.º28 Dicembre 2000 n.º445( da presentare unitamente ad una copia di documento di riconoscimento in corso di validità)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DOTT. \_\_\_\_\_ NATO/A \_\_\_\_\_ ( )  
IL \_\_\_\_\_ RESIDENTE \_\_\_\_\_  
VIA \_\_\_\_\_  
RECAPITI TELEFONICI \_\_\_\_\_  
INDIRIZZO PEC (OBBLIGATORIO) \_\_\_\_\_  
SPECIALIZZAZIONE \_\_\_\_\_ CONSEGUITA IL \_\_\_\_\_

CHIEDE

DI PARTECIPARE ALL'ASSEGNAZIONE DEI TURNI AMBULATORIALI VACANTI A TEMPO INDETERMINATO  
NELLA BRANCA SPECIALISTICA DI \_\_\_\_\_

**AVVISO STRAORDINARIO PUBBLICAZIONE**  
**TURNI AMBULATORIALI VACANTI** (di nuova istituzione)

(Art. 20 Accordo Collettivo Nazionale 31 Marzo 2020 e s.m.i.—testo integrato con l'ACN 20 Maggio 2021)  
(a partire dal 06/02/2024 al 21/02/2024)

1. BRANCA SPECIALISTICA **MEDICINA LEGALE** - CENTOCINQUANTADUE ORE SETTIMANALI (152H/S) -  
STRUTTURE DI ASSEGNAZIONE: UOS MEDICINA LEGALE A/B – UOS MEDICINA LEGALE C/D
- 38 h/s + 38 h/s UOS MEDICINA LEGALE “A” - “B”
  - 38 h/s + 38 h/s UOS MEDICINA LEGALE “C” - “D”

- ORARIO ATTIVITA' DA CONCORDARE

**ORE DISPONIBILI CON DECORRENZA IMMEDIATA**

2. BRANCA SPECIALISTICA **IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA** - DUECENTOVENTOTTO ORE  
SETTIMANALI (228H/S) -  
STRUTTURE DI ASSEGNAZIONE: UOS ADI A/B – UOS ADI C/D  
DIREZIONE DISTRETTI “A” - “B” - “C” - “D”

- 38 h/s + 38 h/s UOS ADI “A”- “B”
- 38 h/s + 38 h/s UOS ADI “C” - “D”
- 38 h/s DIREZIONE DISTRETTI “A” e “B”
- 38 h/s DIREZIONE DISTRETTI “C” e “D”

- ORARIO ATTIVITA' DA CONCORDARE

**ORE DISPONIBILI CON DECORRENZA IMMEDIATA**



**A TAL FINE DICHIARA DI ESSERE**

TITOLARE DI RAPPORTO CONVENZIONALE CON IL S.S.N. A TEMPO INDETERMINATO (ART. 21 Accordo Collettivo Nazionale 31 Marzo 2020 e s.m.i.—testo integrato con l'ACN 20 Maggio 2021) CON DECORRENZA INCARICO DAL

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  
ORE SETTIMANALI \_\_\_\_\_ AZIENDA ASL \_\_\_\_\_
- a) titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN ubicate nel medesimo ambito zonale  
ORE SETTIMANALI \_\_\_\_\_ AZIENDA ASL \_\_\_\_\_
- a) 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;  
ORE SETTIMANALI \_\_\_\_\_ AZIENDA ASL \_\_\_\_\_
- 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;  
ORE SETTIMANALI \_\_\_\_\_ AZIENDA ASL \_\_\_\_\_
- b) 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;  
ORE SETTIMANALI \_\_\_\_\_ AZIENDA ASL \_\_\_\_\_
- 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  
ORE SETTIMANALI \_\_\_\_\_ AZIENDA ASL \_\_\_\_\_
- 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;  
ORE SETTIMANALI \_\_\_\_\_ AZIENDA ASL \_\_\_\_\_
- 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;  
ORE SETTIMANALI \_\_\_\_\_ AZIENDA ASL \_\_\_\_\_
- 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;  
ORE SETTIMANALI \_\_\_\_\_ AZIENDA ASL \_\_\_\_\_
- g) titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa (limitatamente a coloro a cui si applica il presente Accordo);



ORE SETTIMANALI \_\_\_\_\_

- 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;

POSIZIONE IN GRADUATORIA \_\_\_\_\_

- 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.

AZIENDA \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_ TIPO \_\_\_\_\_ RAPPORTO \_\_\_\_\_  
DECORRENZA \_\_\_\_\_

**DICHIARA INFINE**

**DI NON AVERE INOLTROTO DOMANDA DI QUIESCENZA E DI NON PERCEPIRE IL TRATTAMENTO PENSIONISTICO.**

Ai fini delle procedure di cui sopra, 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.

LUOGO e DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_



**AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA**

Il sottoscritto....., nato a.....  
(prov.....)il.....M\_F\_Codice Fiscale.....  
Comune di residenza.....(prov.....)  
Indirizzo .....n.....Cap.....  
telefono.....  
PEC.....e-mail.....

ai sensi e agli effetti dell'art. 47, D.P.R. 28.12.2000, n. 445, e consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R.

**DICHIARA**

1. di essere / non essere (1) titolare di altro rapporto dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti, anche di natura convenzionale, con il Servizio Sanitario Nazionale;
2. di essere/non essere (1) proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N., ai sensi del D.P.R. n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'art. 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni;
3. di esercitare /non esercitare (1) attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
4. di essere/ non essere (1) titolare o compartecipe di quote di imprese o società, anche di fatto, che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;
5. di svolgere/non svolgere (1) attività di medico di medicina generale;
6. di svolgere/non svolgere (1) attività pediatra di libera scelta;
7. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
8. di essere/non essere (1) titolare di incarico a tempo determinato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista (biologo, chimico, psicologo);
9. di esercitare/non esercitare (1) la professione medica/sanitaria con rapporto di lavoro autonomo retribuito forfettariamente presso enti o strutture sanitarie pubbliche o private non appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale che non adottino le clausole economiche dell'Accordo Collettivo Nazionale, che non rispettino la normativa vigente in tema di tutela del lavoro e che si configuri un conflitto di interessi ( *in caso*



*affermativo indicare la struttura o l'ente ed il tipo di attività* \_\_\_\_\_);

10. di svolgere/non svolgere (1) funzioni fiscali nell'ambito dell'Azienda Sanitaria presso la quale svolge attività convenzionale;
11. di fruire/non fruire (1) del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;
12. di operare/non operare (1), a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. *(in caso affermativo indicare la struttura ed il tipo di attività* \_\_\_\_\_);
13. di essere /non essere (1) titolare di un rapporto convenzionale disciplinato dal D.P.R. n. 119/88 e successive modificazioni o di apposito rapporto instaurato ai sensi dell'art. 8-quinquies, del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;
14. di essere/non essere (1) iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368 e successive modifiche ed integrazioni;
15. di fruire/non fruire (1) di trattamento di quiescenza;
16. di avere/non avere (1) subito sanzioni disciplinari secondo quanto previsto dall'Accordo Collettivo Nazionale *(in caso affermativo, e solo se riferite ai due anni precedenti, indicare la tipologia di sanzione, data e durata* \_\_\_\_\_);
17. di essere/non essere (1) soggetto a provvedimento di natura disciplinare da parte dell'Ordine professionale dei \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_.  
*In caso affermativo, specificare la tipologia del provvedimento, la data e la durata (in caso di sospensione dall'Albo):* \_\_\_\_\_;
18. di avere/non avere (1) riportato condanne penali e di avere/non avere (1) procedimenti penali pendenti;
19. di percepire/non percepire (1) l'indennità di rischio o l'indennità specifica di categoria in base ad altro rapporto convenzionale *(in caso affermativo indicare il tipo di attività svolta* \_\_\_\_\_ *e la misura dell'indennità percepita* \_\_\_\_\_).

NOTE (3)

.....  
.....  
.....  
.....



Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data.....Firma per esteso .....

La sottoscrizione di tale dichiarazione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del funzionario competente a ricevere la documentazione ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore in corso di validità (art. 38 del DPR 445/2000).

Firma apposta alla presenza di \_\_\_\_\_  
con identificazione del dichiarante mediante \_\_\_\_\_

Il funzionario

\_\_\_\_\_

*(1) cancellare la parte che non interessa*

*(2) Azienda Sanitaria o Istituzione Pubblica che applica le norme dell'Accordo Collettivo Nazionale degli specialisti ambulatoriali, veterinari e altre professionalità*

*(3) spazio utilizzabile qualora non fosse sufficiente quello riservato alle notizie richieste.*

**N.B. La presente autocertificazione informativa, con le appropriate modificazioni, è utilizzabile anche per le comunicazioni al comitato di cui all'art. 18 dell'ACN, relative alle modificazioni intervenute nello stato professionale.**

