

AVVISO STRAORDINARIO PUBBLICAZIONE TURNI AMBULATORIALI VACANTI

(Art. 21 Accordo Collettivo Nazionale 04 Aprile 2024) (dal 15.04.2024 al 30.04.2024)

1. BRANCA SPECIALISTICA IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA- TRENTOTTO ORE SETTIMANALI (38H/S)- STRUTTURE DI ASSEGNAZIONE: UOS ADI "A" - "B"

TURNO UOS ADI "A" - "B" : TRENTOTTO ORE SETTIMANALI (38H/S)

38H/S UOS ADI "A"- "B"

Orario attività da concordare

2. BRANCA SPECIALISTICA MEDICINA LEGALE -CENTOQUATTORDICI ORE SETTIMANALI (114H/S)- STRUTTURE DI ASSEGNAZIONE: UOS MEDICINA LEGALE A/B - UOS MEDICINA LEGALE C/D

38 h/s UOS MEDICINA LEGALE "A"- "B"

38 h/s + 38 h/s UOS MEDICINA LEGALE "C" - "D"

Orario attività da concordare

3. BRANCA SPECIALISTICA PNEUMOLOGIA - TRENTOTTO ORE SETTIMANALI (38h/s)- STRUTTURA DI ASSEGNAZIONE: UOC DISTRETTO "A"- UOC DISTRETTO "C" - UOC DISTRETTO "D".

TURNO AMBULATORIALE DODICI ORE SETTIMANALI (12H/S)

SEDE SERVIZIO DISTRETTO "A"

Orario e giorno da concordare con Direttore del Distretto "A"

TURNO AMBULATORIALE DODICI ORE SETTIMANALI (12H/S)

SEDE SERVIZIO DISTRETTO "C"

Orario e giorno da concordare con Direttore del Distretto "C"

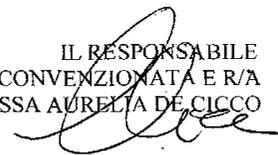
TURNO AMBULATORIALE QUATTORDICI ORE SETTIMANALI (14H/S)

SEDE SERVIZIO DISTRETTO "D"

Orario e giorno da concordare con Direttore del Distretto "D"

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.aslfrosinone.it ENTRO IL TERMINE DI SCADENZA DEL 30 APRILE 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).

IL RESPONSABILE
UOSD MEDICINA CONVENZIONATA E R/A
DOTT.SSA AURELIA DE CICCO



ALLEGATO N.º01

AZIENDA ASL FROSINONE
SEDE COMITATO ZONALE
protocollo@pec.aslfrosinone.it

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI TURNI DISPONIBILI A TEMPO INDETERMINATO

(Art. 21 Accordo Collettivo Nazionale 04 Aprile 2024)

AVVISO STRAORDINARIO (dal 15.04.2024 al 30.04.2024)

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 _____ ()
II _____ RESIDENTE _____
VIA _____
RECAPITI TELEFONICI _____
INDIRIZZO PEC (OBBLIGATORIO) _____
LAUREA IN _____ CONSEGUITA IL _____
PRESSO UNIVERSITA' _____
SPECIALIZZAZIONE _____ CONSEGUITA IL _____
PRESSO UNIVERSITA' _____

CHIEDE

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

AVVISO STRAORDINARIO PUBBLICAZIONE TURNI AMBULATORIALI VACANTI

(Art. 21 Accordo Collettivo Nazionale 04 Aprile 2024)

(dal 15.04.2024 al 30.04.2024)

1. **BRANCA SPECIALISTICA IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA- TRENTOTTO ORE SETTIMANALI (38H/S)- STRUTTURE DI ASSEGNAZIONE: UOS ADI "A" – "B"**

TURNO UOS ADI "A" – "B" : TRENTOTTO ORE SETTIMANALI (38H/S)

38H/S UOS ADI "A" - "B"
Orario attività da concordare





2. BRANCA SPECIALISTICA MEDICINA LEGALE -CENTOQUATTORDICI ORE SETTIMANALI (114H/S)-
STRUTTURE DI ASSEGNAZIONE: UOS MEDICINA LEGALE A/B – UOS MEDICINA LEGALE C/D

38 h/s UOS MEDICINA LEGALE "A" - "B"

38 h/s + 38 h/s UOS MEDICINA LEGALE "C" - "D"

Orario attività da concordare

3. BRANCA SPECIALISTICA PNEUMOLOGIA - TRENTOTTO ORE SETTIMANALI (38h/s)-
STRUTTURA DI ASSEGNAZIONE: UOC DISTRETTO "A"- UOC DISTRETTO "C" - UOC DISTRETTO "D".

TURNO AMBULATORIALE DODICI ORE SETTIMANALI (12H/S)

SEDE SERVIZIO DISTRETTO "A"

Orario e giorno da concordare con Direttore del Distretto "A"

TURNO AMBULATORIALE DODICI ORE SETTIMANALI (12H/S)

SEDE SERVIZIO DISTRETTO "C"

Orario e giorno da concordare con Direttore del Distretto "C"

TURNO AMBULATORIALE QUATTORDICI ORE SETTIMANALI (14H/S)

SEDE SERVIZIO DISTRETTO "D"

Orario e giorno da concordare con Direttore del Distretto "D"

A TAL FINE DICHIARA DI ESSERE

TITOLARE DI RAPPORTO CONVENZIONALE CON IL S.S.N. A TEMPO INDETERMINATO (ART. 21 Accordo Collettivo Nazionale 04 Aprile 2024) CON DECORRENZA DAL

PER L'ASSEGNAZIONE DEGLI INCARICHI A TEMPO INDETERMINATO L'AVENTE DIRITTO È INDIVIDUATO ATTRAVERSO IL SEGUENTE ORDINE DI PRIORITA' - BARRARE UNA DELLE SEGUENTI CASELLE (da lettera a- j) A PENA DI ESCLUSIONE.

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 _____

DAL _____

a) titolare di incarico a tempo indeterminato presso le sedi provinciali di INAIL e SASN ubicate nel medesimo ambito zonale

ORE SETTIMANALI _____ AZIENDA ASL _____

DAL _____





- 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 _____

DAL _____

- 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 _____

DAL _____

- 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 _____

DAL _____

- 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 _____

DAL _____

- 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 _____

DAL _____

- 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 _____

DAL _____





SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
FROSINONE



REGIONE
LAZIO

- 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 _____

DAL _____

- g) titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa (limitatamente a coloro a cui si applica il presente Accordo)

ORE SETTIMANALI _____ DAL _____

- 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 e l'impossibilità di concorrere all'assegnazione di incarichi ai sensi della presente lettera;

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 partecipano esclusivamente ai sensi della presente lettera, 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 TROVARSI NELLE SITUAZIONI DI INCOMPATIBILITA' DI CUI ALL'ART. 27 DELL'ACN 04/04/2024 E COMUNQUE DI IMPEGNARSI A RIMUOVERLE QUALORA RISULTASSE AVENTE DIRITTO ALL'ASSEGNAZIONE DEL TURNO STESSO;

-DI IMPEGNARSI A COMPILARE IL PRESENTE MODELLO IN TUTTE LE VOCI RICHIESTE CONSAPEVOLE CHE L'AZIENDA NON PROCEDERA' D'UFFICIO, AD INTEGRARE GLI EVENTUALI DATI MANCANTI, SEPPUR UTILI AI FINI DELLA VALUTAZIONE;

-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.

Si precisa che nel caso in cui coesistano le condizioni di cui al punto h) ed al punto j) sarà quest'ultima a prevalere (in quanto il candidato dovrà convertire il proprio rapporto di lavoro) pertanto andrà barrata esclusivamente la lettera j).

LUOGO e DATA _____

FIRMA _____



AUTOCERTIFICAZIONE INFORMATIVA

Il sottoscritto....., nato a.....
(prov.....)il.....M_F__Codice Fiscale.....
Comune di residenza.....(prov.....)
Indirizzon.....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 configurino 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.

