



ALLEGATO N.°01

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

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AI TURNI DISPONIBILI A TEMPO INDETERMINATO
(Dichiarazione ai sensi del D.P.R. n.° 28 Dicembre 2000 n.°445)
da presentare unitamente ad un 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 _____ data _____

**CHIEDE DI PARTECIPARE ALL'ASSEGNAZIONE DEI TURNI ambulatoriali vacanti a tempo indeterminato NELLA
BRANCA SPECIALISTICA DI _____**

PUBBLICAZIONE TURNI AMBULATORIALI VACANTI
(ART. 20 Accordo Collettivo Nazionale 31 Marzo 2020 e s.m.i.–testo integrato con l'ACN 20 Maggio 2021)
BOLLETTINO I° TRIMESTRE ANNO 2022

①A) BRANCA SPECIALISTICA CARDIOLOGIA 6H/S UOC "ADI"

1)TURNO DOMICILIARE TRE ORE SETTIMANALI UOC "ADI"- DISTRETTO "A"

-ORARIO ATTIVITA' DOMICILIARE DA CONCONDARE
SEDE SERVIZIO UOC "ADI"- ANAGNI

2)TURNO DOMICILIARE TRE ORE SETTIMANALI UOC "ADI"- DISTRETTO "C"

-ORARIO ATTIVITA' DOMICILIARE DA CONCONDARE
SEDE SERVIZIO UOC "ADI"- SORA

①B) BRANCA SPECIALISTICA DERMATOLOGIA 11H/S UOC "ADI"

1)TURNO DOMICILIARE SEI ORE SETTIMANALI UOC ADI DISTRETTO "A"

-ORARIO ATTIVITA' AMBULATORIALE GIOVEDI' ore 8.00-14.00(6H/S)
SEDE SERVIZIO UOC "ADI"- ANAGNI

2)TURNO DOMICILIARE CINQUE ORE SETTIMANALI UOC "ADI"- DISTRETTO "D"

-ORARIO ATTIVITA' DOMICILIARE MERCOLEDI' ORE 13.30-18.30(5H/S)
SEDE SERVIZIO UOC "ADI"- CASSINO

①C)BRANCA SPECIALISTICA DIABETOLOGIA 14 H/S DISTRETTI "A-B"

- TURNI AMBULATORIALI UNDICI ORE SETTIMANALI DISTRETTI "A-B"

1)TURNO AMBULATORIALE OTTO ORE SETTIMANALI(8H/S) DISTRETTO "A"

-ORARIO ATTIVITA' AMBULATORIALE MARTEDI' ORE 8.00-16.00(8H/S)
- SEDE SERVIZIO POLIAMBULATORIO EXTRAOSPEDALIERO ANAGNI



2)TURNO AMBULATORIALE TRE ORE SETTIMANALI(3H/S) DISTRETTO "B"

-ORARIO ATTIVITA' AMBULATORIALE LUNEDI' ORE 15.00-18.00(3H/S)
- SEDE SERVIZIO POLIAMBULATORIO EXTRAOSPEDALIERO FERENTINO

3)TURNO AMBULATORIALE TRE ORE SETTIMANALI(3H/S) ISTITUTO PENITENZIARIO FROSINONE DISTRETTO "B"

-ORARIO ATTIVITA' AMBULATORIALE GIOVEDI' ORE 8.30-14.30(6H/S)CADENZA ALTERNATA 2° E 4°GIOVEDI' DEL MESE
-SEDE SERVIZIO ISTITUTO PENITENZIARIO FROSINONE

①D)BRANCA SPECIALISTICA ENDOCRINOLOGIA 12H/S DISTRETTI "A-B"

- TURNI AMBULATORIALI DODICI ORE SETTIMANALI SEDI ASSEGNAZIONE DISTRETTI "A-B"

1)TURNO AMBULATORIALE SEI ORE SETTIMANALI(6H/S) DISTRETTO "A"

-ORARIO ATTIVITA' AMBULATORIALE LUNEDI' ORE 8.00-14.00(6H/S)
- SEDE SERVIZIO POLIAMBULATORIO EXTRAOSPEDALIERO ANAGNI

2)TURNO AMBULATORIALE SEI ORE SETTIMANALI(6H/S) DISTRETTO "B"

-ORARIO ATTIVITA' AMBULATORIALE MERCOLEDI' ORE 12.30-18.30(6H/S)
-SEDE SERVIZIO POLIAMBULATORIO EXTRAOSPEDALIERO CEPRANO

①E)BRANCA SPECIALISTICA DIAGNOSTICA IMMAGINI 31H/S DISTRETTI "B-C-D"

1)TURNO AMBULATORIALE DODICI ORE SETTIMANALI(12H/S) PRESIDIO OSPEDALIERO SORA

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

SI RICHIEDE ESPERIENZA PROFESSIONALE IN RISONANZA MAGNETICA-TAC CON MEZZO CONTRASTO

2) TURNO AMBULATORIALE DODICI ORE SETTIMANALI(12H/S)PRESIDIO SANITARIO ISOLA DEL LIRI

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

SI RICHIEDE ESPERIENZA PROFESSIONALE IN DIAGNOSTICA MAMMOGRAFICA-ECOGRAFICA-RADIOLOGIA CONVENZIONALE-MINERALOMETRIA OSSEA COMPUTERIZZATA

3)TURNO AMBULATORIALE SETTE ORE SETTIMANALI(7H/S)ISTITUTI PENITENZIARI CASSINO-FROSINONE

-ORARIO ATTIVITA' AMBULATORIALE MARTEDI' ore 8.30-13.30(5H/S)
-SEDE SERVIZIO CASA CIRCONDARIALE FROSINONE

SI RICHIEDE ESPERIENZA PROFESSIONALE IN DIAGNOSTICA ECOGRAFICA-RADIOLOGIA CONVENZIONALE CASA CIRCONDARIALE FROSINONE

-ORARIO ATTIVITA' AMBULATORIALE MARTEDI' ore 14.30-16.30(2H/S)
-SEDE SERVIZIO CASA CIRCONDARIALE CASSINO

SI RICHIEDE ESPERIENZA PROFESSIONALE IN DIAGNOSTICA ECOGRAFICA CASA CIRCONDARIALE CASSINO

①F)BRANCA SPECIALISTICA NEUROLOGIA 6H/S DISTRETTI "A-B"

1)TURNO ATTIVITA' DOMICILIARE SEI ORE SETTIMANALI(6H/S) SEDE DI ASSEGNAZIONE UOS "CDCD"DOMICILIARE DISTRETTI "A-B" FROSINONE VIALE MAZZINI

-ORARIO ATTIVITA' DOMICILIARE MARTEDI' 12.00-18.00(6H/S)
-SEDE SERVIZIO CDCD DOMICILIARE FROSINONE VIALE MAZZINI s.n.c.

①G)BRANCA SPECIALISTICA NEUROPSICHIATRIA INFANTILE 19H/S

1)TURNO AMBULATORIALE DICIANNOVE ORE SETTIMANALI DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E PATOLOGIE DA DIPENDENZA

-ORARIO ATTIVITA' AMBULATORIALE DA CONCORDARE
-SEDE SERVIZIO TSMREE CASSINO



①H) BRANCA SPECIALISTICA PEDIATRIA 26H/S UOS COORDINAMENTO ATTIVITA' VACCINALI

-TURNO AMBULATORIALE TRENTOTTO ORE SETTIMANALI UOS COORDINAMENTO ATTIVITA' VACCINALI
ORARIO ATTIVITA' AMBULATORIALE
- LUNEDI' ORE 8.00-12.00(4H/S) SEDE SERVIZIO CONSULTORIO PEDIATRICO FROSINONE(DISTRETTO "B")
-MARTEDI' ORE 8.00-17.30(9H30/S) SEDE SERVIZIO CONSULTORIO PEDIATRICO ALATRI(DISTRETTO "A")
-MERCOLEDI' ORE 8.00-14.30(6H30/S) SEDE SERVIZIO CONSULTORIO PEDIATRICO PALIANO(DISTRETTO "A")
-VENERDI' ORE 8.00-14.00(6H/S) SEDE SERVIZIO CONSULTORIO PEDIATRICO ALATRI(DISTRETTO "A")

①I) BRANCA SPECIALISTICA PNEUMOLOGIA 12H/S

1)TURNO AMBULATORIALE SEI ORE SETTIMANALI DISTRETTO "D"
-ORARIO ATTIVITA' AMBULATORIALE DA CONCORDARE
SEDE SERVIZIO POLIAMBULATORIO EXTRAOSPEDALIERO CASSINO
2)TURNO AMBULATORIALE TRE ORE SETTIMANALI DISTRETTO "C"
-ORARIO ATTIVITA' AMBULATORIALE DA CONCORDARE
SEDE SERVIZIO POLIAMBULATORIO EXTRAOSPEDALIERO ATINA
3) TURNO DOMICILIARE UN'ORA SETTIMANALE DISTRETTO "C"
-ORARIO ATTIVITA' DOMICILIARE DA CONCORDARE
SEDE SERVIZIO POLIAMBULATORIO EXTRAOSPEDALIERO ATINA
3) TURNO DOMICILIARE DUE ORE SETTIMANALI DISTRETTO "D"
-ORARIO ATTIVITA' DOMICILIARE DA CONCORDARE
SEDE SERVIZIO POLIAMBULATORIO EXTRAOSPEDALIERO ATINA

①L)BRANCA SPECIALISTICA PSICHIATRIA 16H/S

1)TURNO AMBULATORIALE SEDICI ORE SETTIMANALI DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E PATOLOGIE DA DIPENDENZA
-ORARIO ATTIVITA' AMBULATORIALE MERCOLEDI' ORE 10.00-18.00(8H/S)-GIOVEDI' ORE 9.00-13.00(4H/S)-
VENERDI' ORE 9.00-13.00(4H/S)
-SEDE SERVIZIO ISTITUTO PENITENZIARIO FROSINONE

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 svolge, 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 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 _____

