

MARCA  
DA BOLLO  
DA € 16,00

**TEMPO INDETERMINATO**

All'Azienda Sanitaria Toscana Sud-Est  
Sede legale: Via Curtatone, 54  
52100 AREZZO

Il sottoscritto comunica la propria disponibilità al conferimento del seguente incarico a tempo indeterminato di specialistica ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali pubblicato dall'Azienda USL Toscana sud-est **(ambito provinciale .....)** nel mese di Marzo 2019 **(IN CASO DI PARTECIPAZIONE A PIU' INCARICHI DOVRANNO ESSERE INOLTRATE DOMANDE SEPARATE):**

Branca/Area professionale: \_\_\_\_\_

Ore sett.li: \_\_\_\_\_ Sede di servizio: \_\_\_\_\_

Per la partecipazione ad incarichi in cui è richiesto il possesso di particolari capacità professionali leggere le avvertenze (\*)

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 concernenti le dichiarazioni sostitutive di certificazione dell'atto di notorietà, consapevole delle sanzioni penali per dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi ai sensi dell'art.76 del citato D.P.R., sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Comune di Nascita \_\_\_\_\_

Residenza: Via/Piazza \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

Eventuale domicilio, se diverso dalla residenza, a cui dovranno essere inviate le comunicazioni:

\_\_\_\_\_

Di essere laureato in \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;

Di essere iscritto all'Albo professionale \_\_\_\_\_ presso l'Ordine provinciale di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;

Di essere in possesso della specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ o presso Istituto \_\_\_\_\_ riconosciuto ai sensi degli articoli 3 e 35 L.18/2/89 n.56;

**Ed in particolare fa domanda di:** (barrare con una X l'opzione interessata nel rispetto della propria posizione).

incremento orario a tempo indeterminato – art. 19 - comma 2, lett. a) A.C.N./2015;

incremento orario da diverso ambito zonale - art. 19, c. 2, lett. b) A.C.N./2015;

trasferimento da Regione non confinante - art. 19, c. 2, lett. c) A.C.N./2015;

concentramento delle ore complessive di incarico in una sola branca - art. 19, c. 2, lett. d) A.C.N./2015;

passaggio in altra branca di cui è in possesso di specializzazione - art. 19 c. 2 lett. e) A.C.N./2015;

- aumento orario a tempo indeterminato di spec./prof. già a tempo indeterminato nello stesso ambito zonale che svolga altra attività compatibile – art. 19 – c. 2, lett. f) A.C.N./2015;
- titolare di incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa – art.19 c.2 lett.g) A.C.N./2015,
- specialista iscritto nella graduatoria provinciale valida per l'anno 2019 - art. 19 c. 2 lett.h) A.C.N./2015;
- conversione del rapporto di lavoro come MMG, PDF o dipendente SSN - art. 19, c. 2, lett. i) A.C.N./2015;

A tal fine il/la sottoscritto/a dichiara: (Barrare con una X la parte in interesse):

- di essere titolare di incarico di specialista ambulatoriale a tempo indeterminato presso \_\_\_\_\_;
- di essere titolare di incarico di specialista ambulatoriale a tempo determinato (specificare se tempo determinato art.20 ACN/2015, art.23 c.10 ACN/2009 o punto 1 AIR/2012) dal: \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_ . scadenza \_\_\_\_\_.;
- di essere titolare di incarico ambulatoriale provvisorio (in attesa di pubblicazione di turno), dal: \_\_\_\_\_ .presso \_\_\_\_\_.;
- di essere titolare o incaricato di altro rapporto di lavoro, a qualsiasi titolo, con strutture pubbliche o strutture private accreditate presso \_\_\_\_\_.;
- diversamente, specifica di seguito i rapporti convenzionali o di dipendenza a tempo determinato o indeterminato, che parimenti ha in atto con strutture pubbliche o private:

Di essere disponibile, nel caso di conferimento di un incarico, a rinunciare ad eventuali incarichi incompatibili o a ridurre gli incarichi in atto, nel limite del monte orario di 38 ore settimanali.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA  
\_\_\_\_\_

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  
\_\_\_\_\_

**Allegati:**

–fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità;

**(\*) AVVERTENZE: per l'attribuzione dei turni cui è richiesto il possesso delle particolari capacità professionali il candidato dovrà indicare un indirizzo PEC** ed allegare un curriculum formativo e professionale, datato e firmato, corredato di tutte le certificazioni relative ai titoli che lo stesso riterrà opportuno presentare al fine dell'accertamento del possesso delle particolari capacità professionali. La Commissione Tecnica Aziendale, nominata ai sensi dell'art.18 c.5 ACN/2015, sulla base della documentazione presentata dai candidati e delle particolari capacità professionali richieste, valuterà di volta in volta la modalità delle prove da effettuare.

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, il candidato potrà comprovare il possesso dei titoli con dichiarazioni sostitutive di certificazioni e di atto notorio, da produrre contestualmente alla domanda di partecipazione. Tali dichiarazioni sostitutive devono contenere gli elementi e le informazioni previste dai titoli cui si riferiscono. Le eventuali pubblicazioni dovranno essere edite a stampa, prodotte integralmente e preferibilmente in copia.