

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 Settembre 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 _____ dal _____ (specificare decorrenza incarico a tempo indeterminato);
- 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.