

DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEI TURNI VACANTI

➤ **Al Servizio Cure Primarie ASL CE**
Via S. Lucia
 ➤ **81031 Aversa (CE)**

Il/La sottoscritt **dott.** _____ ,
 (Cognome) (Nome)
 nato il _____ a _____ ,
 residente in Via _____ CAP _____ Città _____ ()
 laureato in _____ il _____ iscritto all'Ordine dei/degli _____ prov. ___ dal _____
 specializzato in _____ in data _____ presso _____
 telefoni: casa _____ cellulare _____
 PEC _____ E-mail _____ ,

chiede di concorrere all'assegnazione dei turni vacanti del _____° trimestre 201____ ,
 per la branca di _____ .

A tal fine dichiara di trovarsi in una delle sottoindicate posizioni, previste dell'art. 19, comma 2, dell'A.C.N.:

- a)** specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo indeterminato nella provincia di _____ dal _____ ,
 già a tempo determinato dal _____ , attualmente espletato presso _____ per n. ___ ore totali.
- b)** specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo indeterminato in diverso ambito zonale della Regione o di altra
 Regione confinante dal _____ già a tempo determinato dal _____ , attualmente espletato presso
 _____ per n. _____ ore totali.
- c)** specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo indeterminato di Regione non confinante dal _____ ,
 già a tempo determinato dal _____ , attualmente espletato presso _____ per n. ___ ore totali.
- d)** specialista ambulatoriale titolare d'incarico attualmente espletato nelle branche di _____
 e _____ , che richiede di concentrare in una sola branca il numero complessivo di ore d'incarico.
- e)** specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo indeterminato c/o _____ nella branca di
 _____ dal _____ , che chiede il passaggio nella branca di _____ .
- f)** specialista ambulatoriale titolare d'incarico a tempo indeterminato, presso _____ per n. ___ ore
 totali, che svolge altra attività compatibile e nel rispetto di quanto previsto all'art. 26, comma 1.
- g)** titolare d'incarico a tempo indeterminato presso il Ministero della Difesa dal _____ per n. ___ ore totali.
- h)** iscritto nella graduatoria di cui all'art. 17 dell'ACN della provincia di _____ , valida ai fini dell'assegnazione
 dei turni vacanti _____° trimestre 201____ , al posto n. _____ .
- i)** Medico di medicina generale , Medico specialista pediatra di libera scelta , Medico dipendente del Servizio
 Sanitario Nazionale , dal _____ presso _____ , che intende transitare a un incarico
 specialistico, previo rinuncia al rapporto in corso.

Si precisa che ai sensi dell'art. 19, comma 5, allo specialista non è consentito il trasferimento degli incarichi in atto qualora non abbia maturato un'anzianità nell'incarico di almeno 18 mesi alla data di scadenza del termine stabilito per la presentazione della domanda di assegnazione dei turni vacanti.

| <u>SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO</u> | |
|--|--------------------|
| <i>Prot. n.</i> | <i>data</i> |
| | |

Allega fotocopia del documento di riconoscimento e (solo per i turni per i quali è richiesta documentata esperienza) l'elenco firmato dei documenti inviati. (NON ALLEGARE Curriculum, Pubblicazioni, Master, Diplomi, Partecipazioni a corsi, ecc.)

Il plico è composto da n. _____ fogli (compreso questo).

Il sottoscritto dichiara di aver preso atto dell'informativa sul trattamento dei dati personali riportata nell'Avviso di pubblicazione, ai sensi dell'art. 13 del D.Lvo 196/2003 cosiddetto "Codice Privacy" e autorizza al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente istanza e utilizzati per l'espletamento dell'Avviso di pubblicazione dei turni vacanti, per le strette finalità espresse nello stesso avviso.

Li _____

_____ (Firma)