

**DOMANDA DI ATTRIBUZIONE DI TURNI DISPONIBILI (ART. 21, COMMA 1 – ACN/20) RELATIVA ALLA PUBBLICAZIONE DEGLI INCARICHI DI CUI ALL'ART. 20, COMMA 3 – ACN/20, AREA SPECIALISTICA AMBULATORIALE.**

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
 (Prov. di \_\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
 Cap \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ e.mail \_\_\_\_\_ PEC (obbligatoria ai sensi  
 dell'art. 16 L. n. 2/2009) \_\_\_\_\_ laureato/a in \_\_\_\_\_ e  
 Specializzato/a in \_\_\_\_\_ in riferimento alla Pubblicazione dei turni vacanti del \_\_\_\_\_°  
 trimestre anno \_\_\_\_\_ giusta Delibera n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

**DICHIARA**

- 1) di essere laureato/a in \_\_\_\_\_ (medicina e chirurgia o odontoiatria, o biologia, o chimica, o psicologia) con voto \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- 2) di essere iscritto/a all'Albo Professionale di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- 3) di essere in possesso della Specializzazione in \_\_\_\_\_ conseguita il \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;

**CHIEDE**

l'assegnazione degli incarichi come di seguito riportati nell'ordine di preferenza, nella BRANCA di \_\_\_\_\_;

- 1) N. \_\_\_\_\_ ore sett.li c/o il Poliambulatorio di \_\_\_\_\_;
- 2) N. \_\_\_\_\_ ore sett.li c/o il Poliambulatorio di \_\_\_\_\_;
- 3) N. \_\_\_\_\_ ore sett.li c/o il Poliambulatorio di \_\_\_\_\_;
- 4) N. \_\_\_\_\_ ore sett.li c/o il Poliambulatorio di \_\_\_\_\_;
- 5) N. \_\_\_\_\_ ore sett.li c/o il Poliambulatorio di \_\_\_\_\_.

A tal fine il/la sottoscritto/a dichiara di trovarsi nella seguente **POSIZIONE LAVORATIVA**:

- a) **Tipologia di lavoro e contratto** (convenzionato, dipendente a tempo determinato o indeterminato, rapporto libero professionale, contratto co.co.co): \_\_\_\_\_;
- b) **Attuale/i sede/i di lavoro** \_\_\_\_\_ per complessive n. ore sett.li \_\_\_\_\_, specificare **Struttura Sanitaria** pubblica, privata o privata convenzionata (Asl, Inail, Ospedale): \_\_\_\_\_;
- c) **Data anzianità di servizio** dell'incarico attualmente ricoperto in qualità di Specialista Ambulatoriale a tempo determinato o indeterminato \_\_\_\_\_.

**DICHIARA, altresì,**

- essere/non essere incluso/a nella Graduatoria della Specialistica Ambulatoriale vigente della Provincia di Enna (cancellare la parte che non interessa), per la suindicata branca specialistica, al posto n. \_\_\_\_\_;
- limitatamente agli aspiranti all'assegnazione degli incarichi riconducibili alla lett. b) e c) dell'Art. 21 ACN/2020, di essere/non essere disponibile a chiedere il trasferimento nel territorio in cui si è determinata la disponibilità, ai sensi del comma 5 dello stesso Art.21, pena esclusione;
- limitatamente agli aspiranti all'assegnazione degli incarichi riconducibili alla lett. j) dell'Art. 21 ACN/2020, di essere/non essere disponibile a convertire completamente il proprio rapporto di lavoro, pena esclusione.

*Il sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni civili e penali in caso di dichiarazioni mendaci, afferma che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero.*

Data \_\_\_\_\_

Firma per esteso \_\_\_\_\_

**N.B.** Alla presente domanda da inviare con pec a "[protocollo.generale@pec.asp.enna.it](mailto:protocollo.generale@pec.asp.enna.it)", durante il periodo di pubblicazione degli incarichi (art.20 ACN/20) dall' 1 al 15, bisogna allegare l'Autocertificazione Informativa (Allegato B) e la copia fotostatica di un documento d'identità.